



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Warszawa, dnia 14 listopada 2014 r.

PROKURATOR GENERALNY

**PG VIII TK 132/13**

**(K 48/13)**

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCELARIA	
wpi. dnia	17. 11. 2014
L.dz. ....	L.zał. ....

## TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku z wnioskiem Rady m.st. Warszawy o zbadanie zgodności art. 59 ust. 2, 3 i 4 w zw. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.) z art. 166 ust. 1 i 2 w zw. z art. 2 i w zw. z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz wnioskiem Sejmiku Województwa Mazowieckiego o zbadanie zgodności art. 59 w zw. 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 z art. 166 ust. 1 i 2 w zw. z art. 2 i w zw. z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP

– na podstawie art. 33 w zw. z art. 27 pkt 5 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.) –

**przedstawiam następujące stanowisko:**

- 1) **art. art. 59 ust. 2, 3 i 4 w zw. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.) jest zgodny z art. 166 ust. 1 w zw. z art. 2 i w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji RP;**
- 2) **w pozostałym zakresie wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego postępowanie podlega umorzeniu na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym – wobec niedopuszczalności orzekania;**
- 3) **postępowanie w zakresie obejmującym badanie wniosku Rady m.st. Warszawy podlega umorzeniu na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 2 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym – wobec cofnięcia wniosku.**

### UZASADNIENIE

Wnioskiem z dnia 3 czerwca 2013 r. Sejmik Województwa Mazowieckiego zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności art. 59 w zw. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.; dalej: 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 – z art. 166 ust. 1 i 2 w zw. z art. 2 i w zw. z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Dnia 8 sierpnia 2013 r. z podobnym wnioskiem wystąpiła Rada m.st. Warszawy, przy czym – powołując te same wzorce kontroli – wniosła o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP art. 59 ust. 2, 3 i 4 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 i art. 216 u.d.l. – w zakresie, w jakim nakłada na samorząd m.st. Warszawy – poprzez wynikające z art. 59 ust. 2 i 4 ustawy o działalności leczniczej określenie zasad pokrywania ujemnego wyniku finansowego, obowiązku przejęcia zobowiązań w następstwie przekształcenia w spółkę kapitałową oraz obowiązku zapłaty zobowiązań w przypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – faktyczne przejęcie obowiązku finansowania ze swojego budżetu kosztów świadczeń zdrowotnych, zrealizowanych w odniesieniu do stanów określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia, na rzecz osób uprawnionych ustawowo przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których samorząd m.st. Warszawy jest podmiotem tworzącym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, ponad limit środków zagwarantowanych w umowie zawartej z narodowym Funduszem Zdrowia.

Zarządzeniem Prezesa Trybunału Konstytucyjnego wnioski w wymienionych sprawach zostały połączone, w celu łącznego ich rozpoznania.

Pismem procesowym z dnia 29 maja 2014 r. umocowany przedstawiciel Rady m.st. Warszawy, na podstawie art. art. 39 ust. 1 pkt 2 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym (dalej: ustawa o TK), cofnął wniosek Rady z dnia 8 sierpnia 2013 r.

Zgodnie z art. 31 ust. 2 ustawy o TK, wnioskodawca może do rozpoczęcia rozprawy wycofać wniosek. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjmuje się, że prawo do cofnięcia wniosku, ale też pytania prawnego lub skargi konstytucyjnej, przed rozpoczęciem rozprawy mieści się w granicach swobodnego uznania wnioskodawcy i jest jednym z przejawów zasady dyspozycyjności, na której opiera się postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym. Cofnięcie wniosku przed rozpoczęciem rozprawy skutkuje umorzeniem postępowania (*vide* – postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 listopada 2013 r., sygn. akt U 6/12, OTK ZU 8/A/2013, poz. 132). W związku z tym stwierdzić należy, iż postępowanie niniejsze – w zakresie obejmującym wniosek Rady m.st. Warszawy – podlega umorzeniu na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 2 ustawy o TK.

W tej sytuacji merytorycznemu rozpoznaniu w niniejszej sprawie podlegać będzie jedynie wniosek Sejmiku Województwa Mazowieckiego (dalej: Wnioskodawca).

Przedmiotem wniosku jest przepis art. 59 ustawy o działalności leczniczej, zaskarżony w związku z art. z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 tej ustawy.

Zdaniem Wnioskodawcy, niezgodność art. 59 u.d.l. ze wskazanymi w *petitum* wniosku wzorcami konstytucyjnymi polega na tym, że przepis ten:

- 1) nakłada na samorząd terytorialny, w sposób ukryty i niedookreślony, obowiązek realizacji zadania publicznego, przez co narusza art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP;
- 2) pozostawia samorządowi województwa pozorny tylko wybór podjęcia jednej z decyzji przewidzianych w tym przepisie, a dotyczących sfery finansowej i organizacyjnej funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki

zdrowotnej, przez co w istotny sposób ogranicza uprawnienia właścicielskie samorządu województwa, i pozbawia go prawa samodzielnego decydowania o zakresie i kierunkach finansowania tych podmiotów w sposób najpełniej gwarantujący równy dla wszystkich dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, co przepis ten czyni niezgodnym z art. 166 ust 1 i 2 w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP;

3) przekazuje samorządowi województwa do realizacji zadania publiczne bez wyposażenia go w odpowiednie do zakresu tych zadań środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Uzasadniając zarzuty odnośnie do naruszenia przez kwestionowaną regulację art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji, Wnioskodawca podkreślił, że finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej służyć ma realizacji zadania publicznego, jakim jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Realizacja tego zadania należy do władz publicznych, przy czym wynikające z tego obowiązki nie są rozłożone równo na wszystkie zobowiązane podmioty. Szczególna rola w tym zakresie powierzona została Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który jest dysponentem środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i stroną umów zawieranych w tym przedmiocie ze świadczeniodawcami, a co za tym idzie jest faktycznym organizatorem systemu ochrony zdrowia. Z tego zaś wynika obowiązek Funduszu należytego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem Wnioskodawcy, Narodowy Fundusz Zdrowia z obowiązku tego nie wywiązuje się, a obowiązek finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przerzucany jest bez żadnych ograniczeń na samorząd terytorialny, który jest dla nich podmiotem tworzącym.

Wnioskodawca dostrzegł, że przyczyny narastającego zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są zróżnicowane. Składa się na to, jego zdaniem, między innymi złe zarządzanie tymi podmiotami, brak znacniejszego majątku i zbywalnych praw do nieruchomości, co ogranicza ich zdolność kredytową i możliwość uzyskania środków ze sprzedaży majątku, ale też wadliwy system finansowania opieki zdrowotnej w kraju. To ostatnie odnosi się w szczególności do praktyki niedoszacowania bądź zaniżania kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz braku refundacji nadwykonań, pomimo nałożenia na te zakłady prawnego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom, które tego potrzebują ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Niedoszacowane koszty świadczeń, nieodzwierciedlające rzeczywistych potrzeb zaopatrzenia zdrowotnego lokalnej społeczności, a także odmowa uznania przez NFZ większości nadwykonań za przyjęcia w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta, stanowią czynniki zwiększające koszty działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które, poprzez mechanizm wynikający z art. 59 u.d.l., przenoszone są na samorządy województw. Tymczasem samorząd województwa, jako podmiot tworzący samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ma ograniczony wpływ na środki będące w dyspozycji tych zakładów. Z tego powodu nie powinien odpowiadać finansowo i politycznie za niedobory finansowe tych placówek, bez względu na ich genezę, zwłaszcza że obowiązujące przepisy dopuszczają możliwość dotowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej tylko w zakresie celów ściśle określonych w art. 114 ust. 1 u.d.l., z których wyłączone jest dofinansowywanie ich bieżącej działalności.

W dalszym ciągu swojego wywodu Wnioskodawca podniósł, że samorząd terytorialny jest jedynie współpartnerem państwa w realizacji zadania publicznego, jakim jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, i choć poczuwa się do obowiązku współdziałania z państwem w tym zakresie, to jednak nie może godzić się na ponoszenie pełnej odpowiedzialności

finansowej, organizacyjnej i społecznej, wynikającej z braku płynności finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – bez względu na przyczyny jej powstania. Obowiązek finansowania ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez samorząd województwa oznacza *de facto* – zdaniem Wnioskodawcy – obowiązek ponoszenia kosztów utrzymania tych zakładów w pełnym zakresie niefinansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie rozwiązanie zaś jest niezgodne z ogólnymi zasadami dotyczącymi sposobu i form finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne, z których wynika, że jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w zakresie przewidzianym w art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej: u.s.o.z.) oraz w zakresie wynikającym z art. 55 u.d.l. Według Wnioskodawcy, nałożenie na samorząd województwa obowiązku finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wykracza również poza zakres obowiązków wynikających z jego funkcji właścicielskich jako podmiotu tworzącego te zakłady. Za uzasadnioną, jego zdaniem, można uznać odpowiedzialność finansową samorządu województwa jedynie za te sfery działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które poddane zostały jego nadzorowi, np. za niewłaściwe zarządzanie zakładem. Samorząd nie powinien natomiast odpowiadać finansowo za realizację ustawowego obowiązku udzielenia świadczeń zdrowotnych wszystkim mieszkańcom, którzy się o nie zwracają, w sytuacji, gdy nie zostały one należycie sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwłaszcza że nie został wyposażony w instrumenty prawne pozwalające mu skutecznie reagować na nadwykonania świadczeń zdrowotnych realizowane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Nakładając, poprzez art. 59 u.d.l., na podmioty tworzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

obowiązek automatycznego finansowania ich ujemnego wyniku finansowego w pełnym zakresie, ustawodawca wykreował – zdaniem Wnioskodawcy – odrębną kategorię świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym, które sfinansować winien samorząd województwa, do czego jednak w obowiązującym stanie prawnym nie ma podstaw.

Kontynuując swoje rozważania, Wnioskodawca podkreślił, że podział zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny wyznacza art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Przepis ten przewiduje, że samorząd terytorialny realizuje zadania publiczne w formie zadań własnych i zadań zleconych. Zdaniem Wnioskodawcy, obowiązek pokrywania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie może być uznany ani za zadanie własne samorządu (art. 166 ust. 1 Konstytucji), ani za zadanie zlecone (art. 166 ust. 2 Konstytucji). Odwołując się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego i wypowiedzi doktryny, Wnioskodawca podniósł, że z istoty zadania własnego wynika, iż jego finansowanie musi mieć charakter samodzielny i kreatywny, co oznacza, że organy samorządu muszą mieć zagwarantowane prawo decydowania w jakiejś mierze o zakresie i sposobie realizacji zadania ustawowo zdefiniowanego lub co najmniej o sposobie jego realizacji. Mechanizm wykreowany przez art. 59 u.d.l. gwarancji tych nie zapewnia. Sformułowanie użyte w ust. 2 tego przepisu, zgodnie z którym „[p]odmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może (...) pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu”, tworzy jedynie pozór tego uprawnienia. W istocie bowiem jest to obowiązek takiego postąpienia, dla którego wyłączną alternatywą jest wdrożenie procedury przewidzianej w art. 59 ust. 4 u.d.l., z czym – wobec treści art. 61 i art. 72 ust. 1 u.d.l. – także wiąże się konieczność przynajmniej częściowego pokrycia ujemnego wyniku finansowego. Z kolei zadanie zlecone cechuje się niezbędnym marginesem swobody pozostawionym samorządowi, po to by mogło być ono wykonywane zarówno w imieniu państwa, jak i samorządu, z tym zaś wiąże się solidarna odpowiedzialność władz centralnych



i samorządowych za jego wykonanie, a także konieczność wyposażenia samorządu w odpowiednie środki finansowe niezbędne do efektywnego wykonania zadania. Nadto zlecenie zadań jednostkom samorządu terytorialnego winno wynikać z uzasadnionych potrzeb państwa, co nakłada na ustawodawcę obowiązek uzasadniania każdej regulacji dotyczącej zadań zleconych. W przekonaniu Wnioskodawcy, w tym przypadku ustawodawca obowiązku tego nie dopełnił. Sam fakt bowiem, że wystarczające finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest możliwe, nie może być uznany za takie uzasadnienie. Sprzeciwia się temu brak odniesienia tej sytuacji do realnych możliwości, w tym finansowych, realizowania powyższych zadań przez samorząd terytorialny. Niezależnie od tego „uzasadnione potrzeby państwa” powinny mieć co do zasady charakter przejściowy, a jeśli tak nie jest, to ustawodawca powinien traktować je jako zadanie własne samorządu terytorialnego z wszelkimi wynikającymi z tego gwarancjami. Tymczasem przekazanie samorządom terytorialnym na podstawie art. 59 u.d.l. obowiązków finansowych i organizacyjnych nastąpiło na czas nieokreślony i bez zapewnienia niezbędnych do realizacji tego zadania środków i kompetencji decyzyjnych.

Takie ukształtowanie zaskarżonej regulacji narusza, zdaniem Wnioskodawcy, wynikający z zasady demokratycznego państwa prawnego obowiązek poprawnej legislacji w zakresie dotyczącym kompetencji organów państwa realizujących prawem określone funkcje, a przez to ustrojową poprawność w zakresie zasad organizacji państwa w poszczególnych płaszczyznach jego aktywności. Z zasad tych wynika obowiązek powierzania zadań państwa tym organom, które są je w stanie realizować z poszanowaniem zasad ogólnosystemowych. To zaś wiąże się z czytelnym i jasnym uregulowaniem zasad nadzoru oraz środków prawnych pozwalających na ich skuteczne realizowanie. Przyjęty przez ustawodawcę model ponoszenia odpowiedzialności finansowej, prawnej i politycznej samorządu województwa za niedobory

finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w ocenie Wnioskodawcy, opisanych wymogów konstytucyjnych jednak nie spełnia. Nie ma on także uzasadnienia w konstytucyjnej zasadzie pomocniczości, która polega na tym, że umacnianie uprawnień obywateli i ich wspólnot nie oznacza rezygnacji z działań władzy publicznej na szczeblu ponadlokalnym, a przeciwnie – wymaga tego rodzaju działań, jeżeli rozwiązanie problemów przez organy szczebla lokalnego nie jest możliwe.

Zdaniem Wnioskodawcy, sposób zlecenia przez ustawodawcę jednostkom samorządu terytorialnego zadania publicznego wynikającego z kwestionowanej regulacji narusza w związku z tym zasadę demokratycznego państwa prawnego, sformułowaną w art. 2 Konstytucji RP. Zasada ta nakazuje kształtowanie stosunków między państwem a samorządem terytorialnym w sposób rzetelny i prawidłowy. Prawidłowe przekazanie przez ustawodawcę zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego powinno więc nastąpić wprost, w sposób dookreślony i w drodze ustawy. Wymaga tego bowiem zasada zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, która ma istotne znaczenia w relacjach pomiędzy organami państwa a jednostkami samorządu terytorialnego, u podstaw których winna leżeć zasada lojalnej współpracy. Precyzyjne wskazanie zakresu zadań realizowanych przez samorząd terytorialny ma przy tym istotne znaczenie także dla mieszkańców danej wspólnoty lokalnej, którzy mają prawo wiedzieć, za które zadania publiczne odpowiedzialność ponosi jednostka samorządu terytorialnego, a za które władze centralne, zwłaszcza jeśli dotyczy to sfery tak newralgicznej, jaką jest ochrona zdrowia. Zaskarżony art. 59 u.d.l. sprzeczny jest z przywołanymi zasadami, bowiem pozornie tylko pozostawia samorządowi województwa możliwość wyboru w zakresie finansowania ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W istocie nakłada na podmiot tworzący prawny obowiązek takiego działania lub obowiązek poniesienia kosztów przekształcenia bądź likwidacji zakładu w każdym przypadku wykazania przezeń ujemnego wyniku finansowego za rok obrotowy.

Obowiązek ten, w ocenie Wnioskodawcy, może być postrzegany jedynie jako następstwo prawne przyjętego zadania, a nie jako zadanie publiczne w rozumieniu art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, a rzeczywiste znaczenie art. 59 u.d.l. jest inne niż to wynika z jego brzmienia literalnego. Przez brak wyznaczenia ram odpowiedzialności samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ustawodawca wykroczył poza zakres kompetencji samorządu województwa jako podmiotu tworzącego zakład oraz związaną z tym jego odpowiedzialność i nałożył na samorząd dodatkowy obowiązek ponoszenia odpowiedzialności finansowej, prawnej i politycznej za zrealizowane, a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nadwykonania świadczeń zdrowotnych. Konsekwencją tego stało się zwolnienie władz centralnych, działających poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia, z obowiązku racjonalnej i efektywnej organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Zlecając samorządowi terytorialnemu, poprzez art. 59 u.d.l., wykonanie zadań publicznych, zdaniem Wnioskodawcy, ustawodawca ewidentnie naruszył zasadę demokratycznego państwa prawnego, nakazującą tworzenie przepisów klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów, niebudzących wątpliwości co do nakładanych obowiązków i przyznanych praw, tak by ich treść była oczywista. Równocześnie Wnioskodawca podkreślił, że w obowiązującym systemie prawnym nie ma żadnego innego przepisu, który nakazywałby ponoszenie przez jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadwykonania świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie wprowadzał kategorię świadczeń zdrowotnych o charakterze regionalnym, których następstwem byłby obowiązek ich finansowania w sposób przewidziany przez art. 59 u.d.l.

Mechanizm ponoszenia odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wynikający z art. 59 u.d.l., prowadzi także – zdaniem Wnioskodawcy – do naruszenia art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, bowiem stawia pod

znakiem zapytania realną możliwość wywiązania się przez te podmioty z realizacji, nałożonego tym przepisem ustawy zasadniczej, zadania publicznego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Formułując ten zarzut, Wnioskodawca raz jeszcze podkreślił, że art. 59 ust. 2 u.d.l. jedynie na pozór pozostawia podmiotowi tworzącemu samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej wybór decyzji odnośnie do możliwości pokrycia ujemnego wyniku finansowego takiego zakładu. W rzeczywistości bowiem automatycznym następstwem decyzji o jego niepokryciu jest obowiązek przekształcenia zakładu w inną formę organizacyjno-prawną lub jego likwidacja. Takie alternatywy są antyspołeczne i znacznie utrudniają realizację nałożonych na samorządy przez art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zadań. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to zadanie władz publicznych, w tym samorządu, które musi być realizowane bez względu na sytuację finansową. Na treść tego zadania składa się powszechność i dostępność tych świadczeń, które to cechy winny stanowić główne kryteria decyzji samorządu, czy samodzielny zakład opieki zdrowotnej przekształcać, likwidować czy też finansować jego niedobory finansowe. Konstrukcja zaskarżonego przepisu, według Wnioskodawcy, pozbawia samorząd województwa możliwości ocen w tym zakresie, a co za tym idzie uprawnień do realizacji powierzonego mu zadania publicznego w sposób samodzielny, co gwarantuje mu art. 166 ust. 1 Konstytucji RP, i czyni mocno utrudnionym wykonanie tego zadania w ogóle.

W dalszym ciągu Wnioskodawca podkreślił, że świadczenia opieki zdrowotnej należy kwalifikować do kategorii usług użyteczności publicznej, tj. zaspokajających podstawowe i elementarne potrzeby członków społeczeństwa, wobec czego ich świadczenie powinno następować w sposób bieżący i nieprzerwany. Tymczasem przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno-prawną nie gwarantuje ani poprawy sytuacji finansowej nowo powstałego podmiotu, ani zapewnienia

nieprzerwanego i równego dla wszystkich dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a może też okazać się istotnym obciążeniem finansowym dla podmiotu tworzącego zakład, który ulega przekształceniu. Powszechnie wiadome jest bowiem, że znaczna liczba samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ma wieloletnie ujemne wyniki finansowe, a ich zadłużenie niekiedy przewyższa budżety ich podmiotów tworzących. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może być przekształcony jedynie w spółkę kapitałową, na zasadach określonych w art. 70 – 82 u.d.l. Spółka taka staje się następcą prawnym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wstępując w jego prawa i obowiązki, w tym przejmuje co do zasady jego zobowiązania finansowe, które tylko do określonej w ustawie wysokości zobowiązany jest pokryć podmiot tworzący. Uzyskuje ona status podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą, skutkiem czego podlega reżimowi prawnemu, określonemu m.in. w ustawie z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm.) oraz w ustawie z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 1112 ze zm.). Przyznając wszakże podmiotowi leczniczemu przekształconemu w spółkę kapitałową zdolność upadłościową, ustawa o działalności leczniczej nie wprowadziła równocześnie żadnych regulacji ograniczających możliwość zastosowania prawa upadłościowego wobec takiego podmiotu, jak i nie przewidziała jakichkolwiek rygorów prawnych mających zapewnić ciągłość funkcjonowania takiego podmiotu i kontraktowania przezeń świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Wnioskodawca podniósł także, iż przekształcenie nie wyeliminuje problemów odnoszących się do czynników zewnętrznych, które mają wpływ na wynik finansowy przekształconych w spółkę podmiotów leczniczych, a związanych m.in. z niską wyceną procedur medycznych, niedoszacowaniem kontraktów czy opóźnieniami w regulowaniu płatności za nadwykonania. Czynniki te dotyczą w równej mierze podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych zakładów, jak i spółek prawa

handlowego, co czyni wysoce prawdopodobną jej upadłość, a to z kolei znacznie obniża możliwość gwarantowania przez samorząd województwa nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Jeszcze dalej idące konsekwencje, jeśli chodzi o możliwość zapewnienia nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, będzie mieć, zdaniem Wnioskodawcy, konieczność zastosowania się do trzeciej z możliwości przewidzianych przez zaskarżoną regulację. Jeśli bowiem sytuacja finansowa budżetu podmiotu tworzącego nie pozwoli na pokrycie ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, podmiot ten będzie zmuszony do wdrożenia procedury likwidacji zadłużonej placówki. I choć winna być ona postrzegana jako ostateczność, to jednak może okazać się nieunikniona ze względu na przesłanki ekonomiczne, którymi – zgodnie z art. 59 u.d.l. – ma obowiązek kierować się podmiot tworzący zakład. Będąc pod przymusem ekonomicznym, nie może on uchylić się od wdrożenia procedury likwidacyjnej zadłużonego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, nawet powołując się na konieczność zapewnienia dalszych nieprzerwanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom do tego uprawnionym. Brak decyzji w tym przedmiocie mógłby być bowiem potraktowany jako działanie bezprawne, z wszystkimi tego konsekwencjami. Wnioskodawca zwrócił także uwagę, iż w aktualnym stanie prawnym [w przeciwieństwie do regulacji uprzednio obowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)] nie istnieje obowiązek określenia w akcie likwidacyjnym sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalszego nieprzerwanego udzielania takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków ich udzielania i jakości. Wskazuje to, zdaniem Wnioskodawcy, na intencję ustawodawcy automatycznego ograniczania liczby podmiotów leczniczych przy jednoczesnym braku

zabezpieczenia ustawowego w odniesieniu do wskazania liczby łóżek szpitalnych i ilości personelu medycznego na jednego pacjenta, jakie winny być na minimalnym poziomie zabezpieczone przez władze publiczne. Tego rodzaju automatyzm zaś spotkał się z krytyczną oceną Trybunału Konstytucyjnego w wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. akt K. 20/99, OTK ZU nr 5/2000, poz. 140. W wyroku tym, zapadłym na gruncie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Trybunał podkreślił bowiem, że podjęcie uchwały o przekształceniu lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego tego podmiotu, należy traktować jako swego rodzaju ostateczność, z której organy administracji rządowej bądź jednostki samorządu terytorialnego powinny korzystać po dogłębnej analizie nie tylko stanu zadłużenia takich zakładów, ale i możliwości jego wyeliminowania, z jednoczesnym rozważeniem potrzeby i celowości ich istnienia oraz potrzeb w zakresie ochrony zdrowotnej obywateli. Stanowisko to – zdaniem Wnioskodawcy – zachowuje aktualność także pod rządami obecnie obowiązującej ustawy o działalności leczniczej.

Kolejnym czynnikiem, który, w ocenie Wnioskodawcy, może stanowić przeszkodę do zapewnienia nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez samorząd województwa, jest konieczność podjęcia uchwały o likwidacji lub przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie przewidzianym w art. 59 ust. 4 u.d.l., to jest w terminie 12 miesięcy od chwili upływu trzymiesięcznego terminu od zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zdaniem Wnioskodawcy, założone w ustawie terminy na dokonanie zmian organizacyjno-prawnych jednostek i brak możliwości ich przedłużenia zmuszają samorządy do podjęcia bardzo istotnych decyzji w krótkim czasie. Może być on niewystarczający, zwłaszcza dla prawidłowego i pełnego przeprowadzenia procedury

przekształceniowej, zważywszy na konieczność uzyskania w jej toku niezbędnych opinii i wycen majątku.

Kontynuując swój wywód, Wnioskodawca zauważył, że w obecnym stanie prawnym świadczenie opieki zdrowotnej realizowane ze środków publicznych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia może być powierzone także podmiotom prywatnym. Ze względu wszakże na to, iż na podmiotach tych, inaczej niż na władzach publicznych, nie ciąży obowiązek zapewnienia powszechności i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a samorząd województwa nie posiada prawnych środków oddziaływania na te podmioty, nie mogą one w pełni zastąpić likwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Władze publiczne nie są bowiem w stanie zagwarantować, że podmioty takie będą w ogóle funkcjonować, a nie ma też pewności, że dojdzie do zawarcia przez nie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W tej sytuacji wątpliwą stanie się możliwość realizacji przez władze publiczne, w tym samorząd województwa, obowiązku wynikającego z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Odwołując się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, Wnioskodawca podkreślił, że prawo do ochrony zdrowia nie może być traktowane jako prawo iluzoryczne czy też czysto potencjalne. System ochrony zdrowia musi być efektywny jako całość i dostępny na równych zasadach dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji majątkowej. Obowiązek zapewnienia takiego standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne. To wymaga z kolei prawidłowego określenia przez ustawodawcę sfery organizacyjnej związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Znaczenie roli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w tym systemie jest doniosłe i na tyle ważne z punktu widzenia interesu publicznego, że ustawodawca zdecydował o podporządkowaniu ich rządowym lub samorządowym organom państwa. Służyć ma to gwarancji



i zabezpieczeniu realizowania przez te zakłady celów związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP.

Konkludując powyższe rozważania, Wnioskodawca stwierdził, że przymus podjęcia przez Samorząd Województwa Mazowieckiego w sposób automatyczny, oparty jedynie na przesłankach ekonomicznych, w bardzo krótkim czasie jednej z decyzji nakazanych przez art. 59 u.d.l. uniemożliwia mu praktycznie wywiązanie się z konstytucyjnego obowiązku realizacji zadania publicznego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. System pełnej odpowiedzialności finansowej, politycznej i prawnej ponoszonej przez samorząd województwa za wszelkie niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wykreowany przez art. 59 u.d.l. w związku z powołanymi w *petitum* wniosku przepisami tej ustawy, narusza konstytucyjnie ukształtowany system podziału zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny. Znosi bowiem odpowiedzialność państwa za należyte finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, czyniąc wyłącznie odpowiedzialnymi za ujemne wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej tworzące je jednostki samorządu terytorialnego. To zaś oznacza przekazanie lub zlecenie samorządom realizacji nowego zadania publicznego, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i przekazane wprost, nie posiada też cech zadania własnego ani zadania zleconego, jako że jego powierzeniu samorządom nie towarzyszy wyposażenie w uprawnienia pozwalające na kreatywne kształtowanie sposobu i zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Z tych powodów, zdaniem Wnioskodawcy, art. 59 u.d.l. jest niezgodny z art. 166 ust. 1 i 2 w zw. z art. 2 oraz w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

W ocenie Wnioskodawcy, zaskarżony art. 59 u.d.l. jest niezgodny także z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP, który stanowi, iż zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz

z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. Wnioskodawca podniósł w tym względzie, że, zgodnie z art. 216 u.d.l., 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, powstał wraz z zatwierdzeniem sprawozdania finansowego za rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy, tj. w 2013 roku. W związku z tym na jednostki samorządu terytorialnego nałożony został obowiązek ponoszenia pełnej odpowiedzialności finansowej za ujemny wynik finansowy nowych podmiotów leczniczych. Nakładając ten nowy obowiązek ustawodawca nie zapewnił jednak samorządom odpowiednich do tego środków finansowych. Ustawodawca nie wziął przy tym pod uwagę faktu, że samorzady, będące organami prowadzącymi dla wielu zakładów opieki zdrowotnej, nie będą w stanie przejąć powyższych obciążeń finansowych bez uszczerbku dla pozostałej, bieżącej działalności, do jakiej są zobowiązane, i bez zagrożenia dla prowadzonych inwestycji. Wnioskodawca podkreślił, że Samorząd Województwa Mazowieckiego w ostatnich latach poniósł ogromne koszty będące wynikiem realizacji funkcji właścicielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym inwestycji związanych z gruntowną modernizacją szpitali, a także na bieżąco ponosi koszty realizacji zadań własnych nałożonych przez art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm.). Pomimo ogromnego wysiłku finansowego, jaki podjęły i podejmują samorzady w celu zagwarantowania funkcjonowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie – dla realizacji obowiązku zapewnienia nieprzerwanego i równego dla wszystkich dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, wiele samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie jest w stanie zachować płynności finansowej, co – zdaniem Wnioskodawcy – stwarza silne domniemanie, iż powodem tego jest niedostateczne, w stosunku do potrzeb, zasilanie tych podmiotów w środki

publiczne przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na poparcie tej tezy Wnioskodawca przytoczył dane odnoszące się do finansowania ochrony zdrowia w Województwie Mazowieckim, z których wyprowadził wniosek, że budżet Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie zapewnia należytego finansowania bieżącej działalności placówek, a także możliwości planowania finansowania nowych zadań czy nadwykonań. Powyższe spowoduje więc w najbliższych latach realną konieczność pokrywania niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – ponoszenia kosztów ich przekształceń lub likwidacji przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. Wynikających z tego obciążeń nie będzie w stanie zniwelować przewidziana w ustawie o działalności leczniczej możliwość uzyskania dotacji z budżetu państwa z przeznaczeniem na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, bowiem o dotację taką można ubiegać się było do dnia 31 grudnia 2013 r. W kolejnych jednak latach konieczność pokrycia niedoborów finansowych albo kosztów przekształcenia lub likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej obciążać będzie w pełnym zakresie podmioty tworzące. Niewielkie znaczenie w tym względzie, jak wywiódł Wnioskodawca, mieć będzie także przewidziana w ustawie możliwość pomniejszenia ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez umorzenie znanych na dzień 31 grudnia 2009 r., a przejętych przez podmiot tworzący od zakładu zobowiązań publicznoprawnych. Oprócz tego bowiem, że umorzenie tych zobowiązań także ograniczone jest terminem, to w strukturze zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dominujące znaczenie mają długi niepubliczne, prywatnoprawne, które nie podlegają umorzeniu. Wnioskodawca podkreślił nadto, że fakt, iż spółka powstała w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się następcą prawnym tego zakładu, nie zwalnia podmiotu tworzącego z obowiązku

partycypacji w spłacie jego zadłużenia. Przed dokonaniem przekształcenia podmiot tworzący ma bowiem obowiązek zbadać wskaźnik zadłużenia przekształcanego zakładu, a w przypadku, gdy przekracza on wartość określoną w art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l., przejmuje jego zobowiązania o takiej wartości, aby wskaźnik ten nie przekroczył poziomu określonego w tym przepisie. W innych wypadkach podmiot tworzący może zdecydować bądź o przejęciu zobowiązań zakładu, bądź o ich przejściu na spółkę. To ostatnie rozwiązanie pozostaje w sprzeczności z *ratio legis* całej regulacji, które zakłada zapewnienie takich warunków powstania spółki kapitałowej, aby mogła ona podjąć efektywnie i skutecznie działalność leczniczą, jednakże w związku z sytuacją, w jakiej znajduje się budżet Województwa Mazowieckiego, decyzja taka może stanowić konieczność. Z kolei likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wobec treści art. 61 u.d.l., wprost nakłada na samorząd województwa obowiązek sfinansowania zadłużenia takiego zakładu. W konsekwencji, jak stwierdził Wnioskodawca, niezależnie od tego, jaką decyzję spośród przewidzianych przez zaskarżoną regulację podejmie samorząd województwa, jej skutkiem będzie jego odpowiedzialność finansowa za niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bez względu na przyczyny, które je spowodowały. Takie ukształtowanie kwestionowanej regulacji wskazuje, zdaniem Wnioskodawcy, że na samorząd terytorialny został nałożony obowiązek sfinansowania niedostatecznego wyposażenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w publiczne środki finansowe przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bez przekazania odpowiednich na ten cel środków finansowych z budżetu centralnego. Z tego powodu regulacja ta jest więc niezgodna z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Zaskarżony przepis art. 59 u.d.l. ma następujące brzmienie:

„Art. 59. 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.”.

Przepis ten zaskarżony został w związku z:

- art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l., który przewiduje, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe na pokrycie ujemnego wyniku finansowego, o którym mowa w art. 59 ust. 2;
- art. 61 u.d.l., który stanowi, że zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego, a regulacje te stosuje się odpowiednio do mienia;
- art. 72 ust. 1 pkt 1, zgodnie z którym, w razie przekształcenia w spółkę kapitałową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego wartość wskaźnika zadłużenia wynosi 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;
- art. 216 u.d.l., który stanowi, że obowiązek 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.

Poddanie przedstawionego wniosku ocenie merytorycznej wymaga uprzedniego omówienia kwestii formalnych, związanych z zakresem i dopuszczalnością jego rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny. Na każdym bowiem etapie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym konieczne jest kontrolowanie, czy nie zachodzi któraś z ujemnych przesłanek wydania wyroku, skutkujących obligatoryjnym umorzeniem postępowania (zob. postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2001 r., sygn. K. 31/00, OTK ZU nr 8/2001, poz. 269).

Kontroli takiej podlega w szczególności legitymacja Wnioskodawcy, którym w niniejszej sprawie jest organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego.

Zgodnie z art. 191 ust. 2 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji organy jednostki samorządu terytorialnego mogą wystąpić z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego, jeżeli akt normatywny dotyczy spraw objętych ich zakresem działania. Art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym wskazuje ponadto, że wniosek pochodzący od tych organów „powinien zawierać także powołanie przepisu prawa lub statutu, wskazującego, że kwestionowana ustawa lub inny akt normatywny dotyczy spraw objętych ich zakresem działania”.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie dokonywał wykładni zwrotu „sprawy objęte zakresem działania”, użytego w art. 191 ust. 2 Konstytucji (zob. postanowienie z dnia 8 lipca 2008 r., sygn. K 40/06, OTK ZU nr 6/A/2008, poz. 113 i powołane tam orzeczenia). W orzecznictwie Trybunału utrwalone jest stanowisko, że pojęcie „sprawy objęte zakresem działania” powinno być

interpretowane w ścisłym związku z kompetencjami organów stanowiących jednostek samorządu terytorialnego. Znaczy to, że organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego nie może wystąpić z wnioskiem w każdej sprawie po prostu tylko dotyczącej jednostek samorządu terytorialnego lub wspólnoty samorządowej (zob. postanowienie z dnia 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 dnia 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.

Biorąc pod uwagę przytoczone wyżej brzmienie zakwestionowanej regulacji stwierdzić należy, że pewne wątpliwości może budzić legitymacja Wnioskodawcy do zaskarżenia art. 59 u.d.l. w całości. W ust. 1 tego przepisu określona została bowiem ogólna zasada dotycząca finansowego sposobu funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i wprost jest on adresowany do tych podmiotów. Biorąc wszakże pod uwagę dalsze postanowienia omawianego przepisu, a także relacje wynikające z innych przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, łączące jednostki samorządu terytorialnego i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, wydaje się, że można uznać, iż cały zaskarżony przepis pozostaje w sferze „spraw objętych zakresem działania” samorządu województwa jako podmiotu tworzącego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i ponoszącego z tego tytułu za nie odpowiedzialność finansową.

W dalszej kolejności wymaga rozważenia, czy rozpatrywany wniosek spełnia warunki, jakim powinien odpowiadać wniosek kierowany do Trybunału Konstytucyjnego, wskazane w art. 32 ust. 1 ustawy o TK.

W związku z tym zauważyć należy, iż pomimo zaskarżenia w *petitum* wniosku art. 59 u.d.l. w całości, Wnioskodawca w istocie nie kwestionuje zgodności z Konstytucją zasady określonej w ust. 1 tego przepisu, a sformułowane zarzuty nie dotyczą zawartej w nim treści normatywnej. W uzasadnieniu wniosku Wnioskodawca nie wykazał, na czym ma polegać niezgodność tej regulacji ze wskazanymi wzorcami kontroli, i nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie postawionego zarzutu, a cała argumentacja odnosi się do pozostałych jednostek redakcyjnych zaskarżonego przepisu oraz przepisów zaskarżonych związkowo.

W tej sytuacji uznać należy, iż w tym zakresie wniosek nie spełnia warunków określonych w art. 32 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o TK, wobec czego zachodzi przesłanka niedopuszczalności orzekania w tej części przez Trybunał Konstytucyjny. Postępowanie w zakresie kontroli konstytucyjności art. 59 ust. 1 u.d.l. podlega zatem umorzeniu na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK.

W tym stanie rzeczy, kontroli Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie podlegać będą przepisy art. 59 ust. 2, 3 i 4 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.d.l.

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

Zasadniczymi aktami prawnymi w tym zakresie – oczywiście oprócz będącego w rozpatrywanej sprawie wzorcem kontroli art. 68 Konstytucji RP, w którym ustanowione zostało prawo do powszechnej ochrony zdrowia i równego



dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a który omówiony będzie w dalszej części niniejszego stanowiska – są ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa o działalności leczniczej weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. w miejsce tracącej moc ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

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

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

Działalność lecznicza może być prowadzona przez podmioty wymienione w art. 4 ust. 1 u.d.l., którymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 672 ze zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa

Wewnętrzny, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618 ze zm.);

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5;

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z przepisu tego, w powiązaniu z art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l., wynika, że podmioty lecznicze dzielą się na publiczne i niepubliczne, przy czym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ustawa zalicza do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zgodnie z art. 42 ust. 1 i 4 u.d.l., ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut, który nadaje podmiot tworzący. Jest nim – stosownie do art. 2 ust. 1 pkt 6 u.d.l. – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej. Należy dodać, że na skutek reformy samorządowej, wprowadzonej ustawą z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.), podstawową kategorią publicznych organów założycielskich dla

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stały się jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 47 ust. 1 tej ustawy, z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a w ust. 1a tego przepisu sprecyzowano, że uprawnienia, o których mowa w ust. 1, w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejmują gminy, powiaty i samorządy województw, odpowiednio do swoich kompetencji, przy uwzględnieniu miejsca usytuowania zakładu, w tym jego jednostek lub komórek organizacyjnych, oraz dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład oraz znaczenia zakładu ze względu na zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa. To zaś, która jednostka samorządu terytorialnego stała się organem założycielskim dla konkretnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wynika z przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (Dz. U. Nr 65, poz. 659), wydanego na podstawie art. 47 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną.

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

Zgodnie z art. 7 u.d.l., samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być prowadzone przez podmioty publiczne wymienione w art. 6 ust. 1 u.d.l., czyli przez ministrów, wojewodów, jednostki samorządu terytorialnego i uczelnie medyczne.

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

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

Z art. 59 ust. 1 u.d.l. wynika ogólna zasada finansowego sposobu funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z tym przepisem, zakłady te zobowiązane są pokrywać we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Jeśli jednak nie jest to możliwe, działania naprawcze w tym względzie obowiązany jest podjąć podmiot tworzący. Może on – co należy przypomnieć – w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy tego zakładu, jeżeli wynik, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości (art. 59 ust. 2 u.d.l.). W przypadku zaś niepokrycia ujemnego wyniku

finansowego w sposób określony wyżej, w terminie 12 miesięcy od upływu owych 3 miesięcy, w ciągu których podmiot tworzący mógł dokonać pokrycia ujemnego wyniku finansowego, winien podjąć we właściwej formie decyzję o zmianie formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przekształceniu w spółkę na zasadach określonych w art. 69-82 u.d.l.) albo o jego likwidacji (art. 59 ust. 4 u.d.l.).

W związku z likwidacją samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jego zobowiązania i należności przechodzą na podmiot tworzący, a więc odpowiednio na Skarb Państwa lub na właściwą jednostkę samorządu terytorialnego albo na uczelnię medyczną (art. 61 u.d.l.). W przypadku przekształcenia zakładu w spółkę kapitałową na podmiocie tworzącym ciąży obowiązek (art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l.) bądź uprawnienie (art. 72 ust. 1 pkt 2 u.d.l.) do przejęcia zobowiązań tego zakładu. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia przekształcanego w spółkę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ustalona zgodnie z art. 70 i art. 71 u.d.l. wynosi powyżej 0,5, podmiot tworzący jest zobligowany do przejęcia zobowiązań zakładu o takiej wartości, aby wskaźnik ten nie przekroczył 0,5. Jeżeli natomiast wartość wskaźnika zadłużenia przekształcanego zakładu wynosi 0,5 lub mniej, podmiot tworzący może przejąć zobowiązania zakładu w całości lub w części.

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

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

Drugim istotnym aktem prawnym regulującym system opieki zdrowotnej w Polsce jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia powierzono: organom administracji rządowej, jednostkom samorządu terytorialnego oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Zadania poszczególnych władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych precyzują przepisy Działu I Rozdziału 2 u.ś.o.z.

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

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

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

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

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

W *petitum* wniosku Wnioskodawca, jako główny zarzut, podniósł, że nałożone na samorząd województwa przez art. 59 u.d.l. zadanie pokrywania ujemnego wyniku finansowego podległych mu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej równocześnie, w sposób ukryty i niedookreślony, wprowadza obowiązek finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez te zakłady zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności z art. 15 u.d.l. Wnioskodawca wskazał, że w związku z tym kwestionowana regulacja narusza art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, w szczególności przez to, że nakłada na samorząd zadanie publiczne, którego nie można zidentyfikować ani jako zadanie własne, ani jako zadanie zlecone.

Wobec tak sformułowanego zarzutu rozważenia wymaga, jakie cechy posiada zadanie pokrywania niedoborów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez podmiot tworzący w świetle art. 166 Konstytucji.

Art. 166 ust. 1 Konstytucji stanowi, że zadaniami własnymi są zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Zgodnie zaś z art. 166 ust. 2 ustawy zasadniczej, zadaniami zleconymi są natomiast te, które mogą być przekazane jednostkom samorządu terytorialnego do wykonania, jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa. Cechą zadań własnych jest zatem ich charakter lokalny, polegający na tym, że służą one zaspokajaniu zbiorowych potrzeb społeczności samorządowej. Zadania zlecone skierowane są natomiast na zaspokajanie potrzeb zorganizowanego w państwo całego społeczeństwa. W świetle Konstytucji kryterium odróżniającym zadania własne i zlecone jest



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

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

Znaczenie obu tych pojęć wyjaśnił Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. akt K 30/04 (OTK ZU nr 7/A/2006, poz. 86). W judykacie tym Trybunał stwierdził, że „[t]ym zatem, co odróżniać ma zadania własne – nawet jeśli ich wykonanie ma charakter obligatoryjny – od zadań zleconych, jest przede wszystkim ich lokalny charakter. Identyfikacja potrzeb zbiorowych jako potrzeb lokalnych ma swe odniesienie zarówno indywidualne, gdy chodzi o potrzeby tylko danej jednostki samorządowej (np. szczególnego rodzaju zadania kulturalne, związane z historią danej wspólnoty), jak i kategoriałne, a więc odnoszące się do potrzeb zbiorowych uznawanych powszechnie za takie, które wymagają zaspokojenia przez wszystkie samorządy (np. potrzeby z zakresu lokalnej komunikacji zbiorowej, oświaty, gospodarki komunalnej).

Zatem wśród zadań o charakterze lokalnym większość stanowią zadania, które we współczesnym państwie muszą być w takim lub innym zakresie przez samorząd wykonywane. Obowiązek wykonywania funkcji zaspokajania potrzeb lokalnej społeczności na poziomie określonym przez współczesne standardy cywilizacyjne i kulturowe w danym państwie powoduje, że zarówno kreowanie, jak i wykonywanie zadań własnych następuje w Polsce na podstawie

i w granicach kompetencji określonych ustawowo. Dlatego też lokalny charakter nie może być uznany za jedyną cechę zadania własnego, pozwalającą je odróżnić od zadań zleconych. Ustrojodawca nadaje więc szczególne znaczenie przymiotnikowi "własne" przy określaniu tego rodzaju zadań. Zadanie własne to zadanie, które w świetle art. 16 ust. 2 zdania 2 Konstytucji samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność; podczas gdy przy zadaniach zleconych mamy do czynienia z przekazywaniem zadania jedynie do wykonania.

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

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

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

Odnosząc obowiązek jednostek samorządu terytorialnego pokrywania niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki

zdrowotnej, dla których są podmiotami tworzącymi, do tak ustalonego znaczenia wyrażenia „zadanie własne”, należy dojść do przekonania, że mieści się on w jego zakresie.

W pierwszej kolejności warto w tym względzie przypomnieć utrwalony w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego pogląd, iż, zgodnie z wyrażoną w art. 15 ust. 1 Konstytucji zasadą decentralizacji administracji publicznej – jako podstawą ustroju terytorialnego RP oraz wyrażoną przez art. 163 Konstytucji zasadą, iż samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne niezastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych, niż samorządowe władze publiczne – przyjmować należy, iż w sprawach publicznych o charakterze lokalnym, lecz ponadgminnym obowiązuje domniemanie właściwości samorządu powiatowego lub odpowiednio wojewódzkiego (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2001 r., sygn. akt U. 8/00, OTK ZU nr 5/2001, poz. 123).

Uwzględniając powyższe stwierdzić należy, iż rodzaj zadania, jaki nałożono za pomocą art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. w zw. z art. 61 i art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l. na samorządy terytorialne, w tym na samorządy województw, ma charakter lokalny (regionalny). Dotyczy ono bowiem przede wszystkim prowadzenia, ale też decydowania o przekształceniu i likwidacji podległych im podmiotów leczniczych, działających na terenie województwa. Nie ulega przy tym wątpliwości, że sprawy związane z infrastrukturą społeczną, obejmującą wszak także ochronę zdrowia, należą do zadań własnych samorządu terytorialnego. W większości zadania te wykonywane są przez samorządy gminne (organizacja świadczenia usług medycznych w zakresie podstawowym udzielanych przez tak zwane placówki leczenia ambulatoryjnego) i powiatowe (prowadzenie szpitali ogólnych). Jak była jednak już o tym mowa, w związku z reformą samorządową z 1998 r., część tych zadań nałożona została na samorządy województw, które z dniem 1 stycznia 1999 r. przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (w większości

chodzi tu o szpitale specjalistyczne). Konsekwencją tego zaś stało się nie tylko przejęcie spraw związanych z uprawnieniami organu założycielskiego, ale także odpowiedzialności za ich funkcjonowanie.

Potwierdzenie tej tezy odnaleźć można w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. akt K. 20/99, (OTK ZU nr 5/2000, poz. 140). W wyroku tym, który dotyczył zgodności z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, Trybunał wyraził pogląd, że „[p]oprzez 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”. Pogląd ten wyrażony został wprawdzie na gruncie obowiązującej wówczas ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, jednakże, biorąc pod uwagę pozycję i wzajemne powiązanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ich podmiotów

tworzących w aktualnie obowiązującym stanie prawnym (scharakteryzowane wcześniej), można przyjąć, że jest aktualny.

Analiza uzasadnienia wniosku, ale też sposób sformułowania zarzutu w jego *petitum*, wskazują, że Wnioskodawca nie neguje samego obowiązku ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z funkcjonowaniem podległych mu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, kwestionuje natomiast zakres tego obowiązku i brak możliwości samodzielnego określenia sposobu jego wykonania.

Jeśli chodzi o kwestię odpowiedzialności podmiotów tworzących za ujemny wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, którego nie są one w stanie pokryć z własnych środków i przychodów, to należy zgodzić się z Wnioskodawcą, że ustawa o działalności leczniczej istotnie nie precyzuje tytułów zobowiązań, które rodzą obowiązek ich pokrycia przez podmiot tworzący. Przyjąć należy zatem, że obowiązek ten dotyczy wszelkich zobowiązań, zarówno publicznoprawnych, jak i prywatnoprawnych.

Odnosnie zaś do zakresu omawianej odpowiedzialności, to, wbrew stanowisku Wnioskodawcy, jej ramy określa ustawa w sposób jednoznaczny, przy czym czyni to odmiennie w zależności od tego, czy podmiot tworzący podejmuje decyzję o pokryciu ujemnego wyniku finansowego podległego samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej i dalszej działalności tej placówki w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej, czy też o jej likwidacji bądź przekształceniu w spółkę kapitałową. W tym pierwszym wypadku, zgodnie z art. 59 ust. 2 u.d.l., podmiot tworzący pokrywa ujemny wynik finansowy za rok obrotowy podległego zakładu do wysokości wartości tego wyniku. Jeśli podmiot tworzący nie skorzysta z tej możliwości i podejmie decyzję o likwidacji zadłużonego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wówczas – stosownie do art. 61 u.d.l. – zobowiązania i należności tego zakładu stają się zobowiązaniami podmiotu tworzącego. W razie zaś podjęcia decyzji

o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową – co należy przypomnieć – w zależności od ustalonego wskaźnika zadłużenia tego zakładu, podmiot tworzący ma obowiązek przejęcia jego zobowiązań o takiej wartości, aby wskaźnik ten wyniósł 0,5 (art. 72 ust. 1 pkt. 1 u.d.l.), a jeśli wartość wskaźnika zadłużenia przekształcanego zakładu wynosi 0,5 lub mniej, podmiot tworzący może przejąć zobowiązania zakładu w całości lub w części (art. 72 ust. 1 pkt 2 u.d.l.).

Nie można przy tym zgodzić się z zarzutem Wnioskodawcy, że tak ukształtowane zasady odpowiedzialności podmiotów tworzących za ujemny wynik finansowy podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej kreują mechanizm oznaczający faktyczny obowiązek finansowania z ich budżetów także zrealizowanych zgodnie z prawem świadczeń opieki zdrowotnej, niesfinansowanych bądź niedostatecznie sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na poparcie tego zarzutu Wnioskodawca odwołał się do problematyki świadczeń zrealizowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego, wynikającego z art. 15 u.d.l., podnosząc, że koszty tych świadczeń winny być refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże Fundusz nie chce ich pokrywać w całości bądź kwestionuje zasadność ich dużej części.

Taka argumentacja nie dowodzi słuszności zarzutu.

Pomijając fakt, że Wnioskodawca nie przedstawił żadnych dowodów i danych obrazujących strukturę zadłużenia podległych mu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które potwierdzałyby sformułowaną przez niego tezę, zwrócić należy uwagę, że kwestia zwrotu kosztów udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych nie jest uzależniona od woli Narodowego Funduszu Zdrowia, ale stanowi jego obowiązek, który ma swoje umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących.

Uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia wynika z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., a jego realizację zapewnia art. 15 u.d.l., nakładający na podmioty lecznicze bezwzględny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych.

W judykaturze nie budzi obecnie wątpliwości pogląd, utrwalony jeszcze w poprzednio obowiązującym stanie prawnym, zgodnie z którym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielone w warunkach art. 15 u.d.l. (poprzednio art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej), i to niezależnie od tego, czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ustalonych w tej umowie limitów, czy też stanowiły tak zwane świadczenia ponadlimitowe (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., sygn. akt V CSK 272/08, LEX nr 530613 i powołane tam orzeczenia; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 19 stycznia 2012 r., sygn. akt I ACa 1337/11; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 136/13; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., sygn. akt I CSK 161/13, LEX nr 1438639). W orzecznictwie podkreśla się bowiem, że skoro uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest wyrazem ochrony życia i zdrowia gwarantowanej przez państwo, a na podmiotach udzielających świadczeń medycznych ciąży bezwzględny obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w przypadkach nagłych, to koszty realizacji tego obowiązku powinny obciążać państwo. Z tego też względu podmioty, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych, mogą domagać się od państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Roszczenie to przysługuje przy tym nie wobec Skarbu Państwa, ale w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia, jako że stanowi on państwową osobę prawną, do której zadań, zgodnie z art. 97 ust 3 pkt 2a-3b u.ś.o.z., należy finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie jednak w orzecznictwie jednolicie przyjmuje się także, iż to na podmiocie, który

dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ciąży obowiązek wykazania, że, z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków, zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r., sygn. akt II CSK 532/07, LEX nr 496387).

W świetle powyższego wydaje się więc, że zarzut Wnioskodawcy w tym zakresie nie dotyczy ułomności prawa, ale praktyki jego stosowania, co pozostaje poza zakresem kognicji Trybunału Konstytucyjnego.

Nie można także uznać za uzasadniony zarzutu, iż zaskarżona regulacja nie pozostawia jednostkom samorządu terytorialnego wyboru sposobu wykonania nałożonego przez nią zadania.

Należy zwrócić uwagę, że co do zasady, zgodnie z art. 59 ust. 1 u.d.l., ujemny wynik finansowy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie. Czynić to powinien przede wszystkim z posiadanych środków i uzyskanych przychodów. Obowiązek samorządu terytorialnego podjęcia działań określonych w art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. aktualizuje się w sytuacji, gdy podległy mu samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej na stałe osiągnął ujemny wynik finansowy, którego nie jest w stanie pokryć z własnych środków. W takiej sytuacji samorząd terytorialny, jako podmiot tworzący, musi dokonać analizy wynikającej z tych przepisów i zdecydować, czy w warunkach ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej chce pokryć go ze swoich środków czy dokonać likwidacji zakładu w oparciu o art. 60 u.d.l., czy też przekształcić ów zakład w spółkę kapitałową w trybie określonym w art. 69-82 u.d.l.

Zadanie to jest oczywistą konsekwencją faktu pełnienia przez jednostki samorządu terytorialnego funkcji organów założycielskich i prowadzących w stosunku do większości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z czym wiąże się odpowiedzialność za kondycję finansową podległych placówek. Jako podmioty założycielskie samodzielnych publicznych



zakładów opieki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego występują w roli właściciela, zarządcy i nadzorcy tych zakładów, a przez to mają obowiązek monitorowania ich działalności leczniczej i jej racjonalizowania.

W świetle uregulowań ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podległych jednostkom samorządu terytorialnego nie powinna i nie może być dla tych jednostek zaskoczeniem. Zgodnie z art. 121 ust. 1 u.d.l., sprawują one bowiem nadzór nad nimi, a zakres przedmiotowy tego nadzoru dotyczy przede wszystkim gospodarki finansowej tych podmiotów. Podstawą gospodarki finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – stosownie do art. 53 u.d.l. – jest plan finansowy. Podmiot tworzący winien zatem na bieżąco analizować sprawozdania finansowe zakładu, po to by na bieżąco podejmować, wynikające z uprawnień nadzorczych, działania naprawcze na wypadek zagrożenia płynności finansowej owego zakładu. Dopiero jeśli te działania nie dadzą pożądanego rezultatu, a środki własne samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będą niewystarczające do pokrycia jego zobowiązań, podmiot tworzący będzie zobligowany do odpowiedniego sfinansowania ujemnego wyniku finansowego podległej jednostki.

Rola jednostek samorządu terytorialnego nie sprowadza się przy tym do automatycznej spłaty zobowiązań podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Mechanizm wynikający z art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. pozostawia bowiem jednostkom samorządu terytorialnego w niezbędnym stopniu prawo decydowania o sposobie i zakresie wykonania wynikającego z tych przepisów zadania. Każdorazowo zakres i sposób wykonania tego zadania uzależniony będzie od sytuacji finansowej konkretnego zakładu, a wybór w tym względzie należał będzie do właściwych organów jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu tworzącego, które zdecydują o tym, czy dla społeczności lokalnej pożądane będzie dalsze utrzymywanie zadłużonej placówki, jej przekształcenie czy likwidacja.

Nie można w tym zakresie podzielić argumentacji Wnioskodawcy, że kwestionowana regulacja nie pozostawia jednostkom samorządu terytorialnego możliwości wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które w ich przekonaniu byłyby optymalne, tak finansowo, jak i z punktu widzenia społeczności lokalnej. Podnosząc bowiem ten zarzut, Wnioskodawca nie wskazuje, jakie rozwiązanie gwarantowałoby swobodę w tym zakresie i kto miałby ponosić odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które przecież podlegają jednostkom samorządu terytorialnego. Regulacja przyjęta w art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. ma zapobiegać nadmiernemu zadłużaniu się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i mobilizować podmioty tworzące, sprawujące nad nimi nadzór, do podejmowania w odpowiednim czasie skutecznych działań, które będą temu przeciwdziały. Wnioskodawca zaś, jak się zdaje, formułuje postulat nieograniczonego finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do czego wszak nie tylko nie ma podstaw prawnych, ale też wystarczających środków w budżecie. Podkreślić należy, iż Narodowy Fundusz Zdrowia przy wykonywaniu swoich zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. zarządza środkami publicznymi na rzecz ubezpieczonych w granicach określonych prawem. Podstawa finansowania świadczeń opieki zdrowotnej musi wynikać bezpośrednio z przepisów ustawy, która nie przewiduje możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych na zasadach słuszości i uznania. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem wynikającym z art. 159 u.ś.o.z. Brak jest zatem podstaw do żądania zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia przekraczające określone umownie limity, nawet jeśli zostały one udzielone osobom uprawnionym. Koszty tych świadczeń obciążają świadczeniodawców, którzy ich

udzielają wbrew warunkom umowy, z wyjątkiem kosztów świadczeń udzielanych w trybie nagłym w określonych w ustawie sytuacjach.

Uwzględniając powyższe należy dojść do wniosku, że zaskarżony art. 59 ust. 2, 3 i 4 u.d.l. nie narusza konstytucyjnego podziału zadań określonego w art. 166 ustawy zasadniczej. Zadanie, które ustawodawca wykreował przez mechanizm zawarty w tych przepisach, nosi cechy zadania własnego i rodzi obowiązek finansowania go z dochodów własnych jednostek samorządu terytorialnego, a co za tym idzie przepisy te są zgodne z art. 166 ust. 1 Konstytucji RP.

Fakt, iż zadanie to należy traktować jako zadanie własne samorządu, musi równocześnie prowadzić do konstatacji, że art. 166 ust. 2, wskazany przez Wnioskodawcę w *petitum* wniosku, nie jest w tej sprawie adekwatnym wzorcem kontroli, a w konsekwencji do stwierdzenia, że zaskarżone przepisy nie są niezgodne z tym wzorcem konstytucyjnym.

Nie jest również uzasadniony, w związku z przedstawioną oceną kwestionowanej regulacji, zarzut jej sprzeczności z zasadą zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, która to sprzeczność miałyby być wynikiem naruszenia zasad prawidłowej legislacji.

Stanowiące element demokratycznego państwa prawnego zasady poprawnej legislacji, wywodzone z art. 2 Konstytucji, były już wielokrotnie przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego. W swoim orzecznictwie Trybunał konsekwentnie reprezentuje stanowisko, że z wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady państwa prawnego wynika nakaz przestrzegania przez ustawodawcę zasad poprawnej legislacji. Nakaz ten jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa. Zasady te nakazują, aby przepisy prawa

były formułowane w sposób precyzyjny i jasny oraz poprawny pod względem językowym. Wymóg jasności oznacza obowiązek tworzenia przepisów klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego ustawodawcy 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 i pozwalała na ich wyegzekwowanie (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2003 r., sygn. akt K 53/02, OTK ZU nr 8/A/2003, poz. 83 i powołane tam orzeczenia).

Analiza orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego pozwala na wyodrębnienie trzech elementów istotnych dla oceny zgodności określonej regulacji z wymogami zasady prawidłowej legislacji. Po pierwsze, każdy przepis przyznający prawa lub nakładający obowiązki powinien być sformułowany w sposób pozwalający na jednoznaczne ustalenie, kto, kiedy i w jakiej sytuacji mu podlega. Po drugie, powinien być na tyle precyzyjny, by możliwa była jego jednolita wykładnia i stosowanie. Po trzecie wreszcie, winien być tak skonstruowany, by zakres jego stosowania obejmował jedynie te sytuacje, w których działający racjonalnie ustawodawca istotnie zamierzał wprowadzić regulację tworzącą prawa lub obowiązki (zob. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 27 listopada 2006 r. sygn. akt K 47/04, OTK ZU nr 10/A/2006, poz. 153 i z dnia 5 grudnia 2007 r., sygn. akt K 36/06, OTK ZU nr 11/A/2007, poz. 154).

Równocześnie, w wyroku z dnia 3 grudnia 2002 r., sygn. akt P 13/02 (OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 90), Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że „(...) niejasność przepisu może uzasadniać stwierdzenie jego niezgodności z Konstytucją, o ile jest tak daleko posunięta, iż wynikających z niej rozbieżności nie da się usunąć za pomocą zwyczajnych środków mających na celu wyeliminowanie niejednorodności w stosowaniu prawa. Pozbawienie mocy obowiązującej określonego przepisu

z powodu jego niejasności winno być traktowane jako środek ostateczny, stosowany dopiero wtedy, gdy inne metody usuwania skutków niejasności treści przepisu, w szczególności przez jego interpretację w orzecznictwie sądowym, okażą się niewystarczające. Z reguły niejasność przepisu powodująca jego niekonstytucyjność musi mieć charakter «kwalifikowany», przez wystąpienie określonych dodatkowych okoliczności z nią związanych, które nie mają miejsca w każdym przypadku wątpliwości co do rozumienia określonego przepisu. Dlatego tylko daleko idące, istotne rozbieżności interpretacyjne albo już występujące w praktyce, albo – jak to ma miejsce w przypadku kontroli prewencyjnej – takie, których z bardzo wysokim prawdopodobieństwem można się spodziewać w przyszłości, mogą być podstawą stwierdzenia niezgodności z Konstytucją określonego przepisu prawa. Ponadto skutki tych rozbieżności muszą być istotne dla adresatów i wynikać z niejednolitego stosowania lub niepewności co do sposobu stosowania. Dotycać one winny prawnie chronionych interesów adresatów norm prawnych i występować w pewnym nasileniu.”.

W ocenie Wnioskodawcy, kwestionowana regulacja nie spełnia opisanych standardów prawidłowej legislacji, a sformułowany w tym względzie zarzut związany jest z niedopełnieniem przez ustawodawcę wymogów zasady określoności, która jest jej elementem. Prawidłowe przekazanie zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego przez ustawodawcę powinno bowiem nastąpić wprost, w sposób dookreślony i w drodze ustawy. Tymczasem, zaskarżone przepisy nie wyznaczają ram odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przez co ustawodawca zobowiązał dodatkowo te jednostki do ponoszenia odpowiedzialności finansowej, prawnej i politycznej za zrealizowane a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadwykonania świadczeń zdrowotnych.

W świetle powyższego trzeba stwierdzić, że zarzuty Wnioskodawcy nie wskazują na „kwalifikowany” charakter niejasności zaskarżonych przepisów. Jak

wykazano to wcześniej, ramy prawne odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej określone są w sposób jednoznaczny. Z omawianych przepisów, ani z uregulowań z nimi związanych, w żadnym wypadku nie można wnioskować o obowiązku pokrycia przez jednostki samorządu terytorialnego niedoborów finansowych podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będących skutkiem wykonania świadczeń zdrowotnych zrealizowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami, to jest w ramach zawartych umów bądź w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z art. 15 u.d.l. W tym zakresie bowiem pełną odpowiedzialność ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia, o czym świadczy także przywołane uprzednio w niniejszym stanowisku orzecznictwo sądowe. Równocześnie, jak także już o tym była mowa, brak jest podstaw prawnych do obciążania Funduszu kosztami świadczeń zrealizowanych poza limitami wyznaczonymi przez umowy zawarte ze świadczeniodawcami, które nie są równocześnie świadczeniami, o których mowa w art. 15 u.d.l. W tej sytuacji koszty te z oczywistych powodów obciążają świadczeniodawców, a w konsekwencji – w sytuacji wynikającej z dyspozycji w art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. – mogą obciążać także ich podmioty tworzące. Należy zatem stwierdzić, że zaskarżone przepisy nie zawierają niejasności, których nie dałoby się usunąć w procesie wykładni prawa, a w związku z tym są zgodne z wynikającymi z art. 2 Konstytucji RP zasadami prawidłowej legislacji.

Nie można zgodzić się także z zarzutem Wnioskodawcy, iż zaskarżona regulacja, poprzez zawarty w niej mechanizm narzucający jednostkom samorządu terytorialnego określony sposób działania w sytuacji, gdy podległe im samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są w stanie pokrywać swoich zobowiązań finansowych, narusza prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanej ze środków publicznych, gwarantowane przez art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, „[k]ażdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Ust. 2 tego przepisu stanowi zaś, że władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz że warunki i zakres udzielania świadczeń określi ustawa.

Wykładni norm zawartych w tych przepisach dokonał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1), w którym orzekł o niezgodności z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.).

W judykacie tym, do którego odwołał się także Wnioskodawca, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że z art. 68 ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia, a treścią tego prawa jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niesprawności. Norma ta nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów, a w szczególności charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia ustawodawcy w tym zakresie mogą bowiem wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten – jako całość – musi być efektywny. Wynikające z art. 68 ust. 1 Konstytucji obowiązki władzy

publicznej konkretyzuje ust. 2 tego przepisu, a płyną z niego następujące konsekwencje:

„Po pierwsze – konieczne jest funkcjonowanie w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych. Nie ma przy tym znaczenia szczegółowa ocena charakteru prawnego środków odprowadzanych przez obywateli, ważne jest tylko, czy można je zakwalifikować jako środki publiczne.

Po drugie – świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (a więc już nie dla "każdego"), przy czym 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 RP prawa do ochrony zdrowia (*verba legis*: "(...) władze publiczne (...) zapewniają (...)"). Sformułowanie użyte w Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny.

Po trzecie – dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji RP zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem 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. Z drugiej strony, Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zdaniu drugim ust. 2 art. 68 Konstytucji RP wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych



określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych.

Po czwarte – obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne. Mimo więc, że Konstytucja nie określa szczegółowo sposobu zadośćuczynienia temu wymogowi, pozostawiając to ustawodawcy zwykłemu, ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.”.

W konkluzji swoich rozważań w tym względzie Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że treść art. 68 ust 2 Konstytucji RP nadaje względną swobodę ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Z przepisu tego nie wynika, że zakłada on 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, a „[w]yraźna 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.”.

W ocenie Wnioskodawcy, zaskarżone przepisy niweczą tak ujęte gwarancje zawarte w art. 68 ust. 2 Konstytucji, obowiązek stosowania zakwestionowanej regulacji może bowiem uniemożliwić jednostkom samorządu terytorialnego wywiązać się z realizacji zadania publicznego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przewidziane w art. 59 ust. 2 i 4 u.d.l. alternatywy mogą spowodować konieczność zmiany formy organizacyjno-prawnej albo likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Tymczasem żadne z tych rozwiązań nie jest obwarowane rygorami prawnymi, które zapewniałyby, już to ciągłość kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych i ciągłość funkcjonowania powstałej z przekształcenia placówki, już to nieprzerwany dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku likwidacji określonego zakładu opieki zdrowotnej.

Wydaje się, iż takie postawienie problemu wskazuje, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Wnioskodawca postrzega jako obowiązek zapewnienia nieprzerwanego funkcjonowania wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Z rozumowaniem takim nie można się zgodzić. Posługując się argumentacją Wnioskodawcy *à rebours*, w pierwszej kolejności wyrazić należy wątpliwość, czy zadłużone i generujące ciągłe straty samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą w stanie zapewnić nieprzerwane udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznym. Niezależnie zaś od tego otwartym wciąż pozostaje pytanie, z jakich środków miałyby być pokrywane ich zobowiązania w zakresie, w jakim nie są do tego wystarczające uzyskiwane przez nie dochody.

W świetle wykładni art. 68 ust. 2 Konstytucji, dokonanej w cytowanym wyżej wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie K 14/03, wydaje się, że zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych polegać powinno na stworzeniu odpowiednich rozwiązań prawnych, kreujących taki system ochrony zdrowia, który określi prawa i obowiązki organizatora tego systemu, ale też świadczeniodawców i świadczeniobiorców.

Takie rozwiązania zawiera przede wszystkim ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazuje ona krąg podmiotów uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 2 u.ś.o.z.), określa katalog świadczeń gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych (art. 15 u.ś.o.z.) oraz kolejność dostępu do nich, w tym także w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia (art. 19 i 20 u.ś.o.z.), i zapewnia możliwość wyboru świadczeniodawcy (art. 28-31 u.ś.o.z.).

Te uprawnienia świadczeniobiorców są niezależne od formy organizacyjno-prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz ich ilości, dlatego zaskarżona regulacja tych uprawnień nie znosi i nie ogranicza. W związku z tym uznać należy, iż jest ona zgodna z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, niezależnie od tego, czy będzie on rozpatrywany jako wzorzec związkowy powiązany z art. 166 ust. 1 Konstytucji, czy – ewentualnie – jako wzorzec samoistny.

Odrębnym wzorcem kontroli w niniejszej sprawie Wnioskodawca uczynił art. 167 ust. 4 Konstytucji RP, nakazujący, aby zmiany w zakresie zadań samorządu terytorialnego następowały wraz ze zmianami w podziale dochodów publicznych.

W ocenie Wnioskodawcy, naruszeniem standardu wynikającego z art. 167 ust. 4 Konstytucji jest nałożenie na jednostki samorządu terytorialnego, poprzez

mechanizm wykreowany przez zaskarżoną regulację, pełnej odpowiedzialności finansowej za niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i obowiązku sfinansowania niewystarczającego wyposażenia tych zakładów w publiczne środki finansowe przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bez przekazania na ten cel środków finansowych z budżetu centralnego.

W związku z powyższym zwrócić należy uwagę, że zakwestionowany art. 59 ust. 2, 3 i 4 u.d.l. – jak już była o tym mowa – stanowi, iż podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w sytuacji, gdy zakład ten nie jest w stanie z własnych środków pokryć ujemnego wyniku finansowego, ma prawo zdecydować o pokryciu powstałego niedoboru, względnie o przekształceniu zakładu w spółkę kapitałową bądź o jego likwidacji. W każdym z tych przypadków podmiot tworzący odpowiada za zobowiązania zakładu w zakresie odpowiadającym podjętej decyzji. Przepis ten i powołane w *petitum* wniosku przepisy związkowe są logicznym następstwem rozwiązań przyjętych w ustawie o działalności leczniczej. Jednostka samorządu terytorialnego pełni bowiem funkcję organu założycielskiego, z czym wiążą się określone uprawnienia nadzorcze, w tym także przewidujące możliwość oddziaływania na gospodarkę finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ale też odpowiedzialność za niespłacone zobowiązania. Obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mieści się w zakresie zadania własnego jednostek samorządu terytorialnego, jakim jest obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej (gminy, powiatu, województwa), wyrażający się między innymi w pełnieniu funkcji organizatorskich jako podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Podobne rozwiązania, jeśli chodzi o kwestie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przewidywała poprzednio obowiązująca ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki

zdrowotnej. Ustawa ta, w art. 60 ust. 4 i 6, nakładała na organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, obowiązek spłaty jego zadłużenia. Rozwiązania te były konsekwencją przyjętych zmian systemowych, w wyniku których jednostki samorządu terytorialnego stały się organami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, i zostały utrzymane także pod rządami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W tej sytuacji nie można mówić, że na podstawie zaskarżonej regulacji na jednostki samorządu terytorialnego nałożone zostały nowe zadania wymagające zapewnienia nowych dochodów publicznych na ich realizację. Skoro zaś tak, to uznać należy, iż kwestionowane przepisy art. 59 ust. 2, 3 i 4 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 2 pkt 1 i art. 216 nie są niezgodne z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Z tych wszystkich względów wnoszę jak na wstępie.

z upoważnienia  
Prokuratora Generalnego

*Robert Hernand*  
Zastępca Prokuratora Generalnego