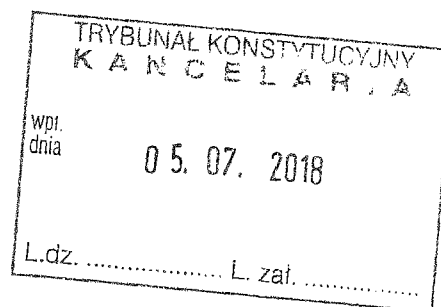




SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Sygn. akt K 2/18
BAS-WAKU-460/18

Warszawa, 5 lipca 2018 r.



Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 69 ust. 2 w związku z art. 42 pkt 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego z 9 marca 2017 r. (sygn. akt K 2/18), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że:

- 1) art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.) w zakresie, w jakim odnosi się do świadczeń gwarantowanych udzielanych ponad kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, **jest zgodny** z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 Konstytucji oraz **nie jest niezgodny** z art. 167 ust. 4 Konstytucji;
- 2) art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 ustawy wskazanej w punkcie 1 **jest zgodny** z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

Ponadto wnoszę o **umorzenie** postępowania w pozostałym zakresie na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

Uzasadnienie

I. Przedmiot kontroli

1. W dniu 1 marca 2018 r. do Kancelarii Sejmu wpłynęło zawiadomienie Prezesa Trybunału Konstytucyjnego o wszczęciu postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego (dalej: wnioskodawca, Sejmik) z 9 marca 2017 r. (sygn. akt K 2/18). Przedmiotem kontroli są art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.; dalej: u.ś.z., ustawa zdrowotna) oraz art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.; dalej: u.dz.l.).

2. Kwestionowany art. 9a u.ś.z. stanowi: „W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”, natomiast art. 9b u.ś.z. przewiduje:

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

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

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

- 1) podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego,
- 2) jedynymi albo większościami wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym – który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa w ust. 1, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

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

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

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

2) okres jej obowiązywania;

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

4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

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

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

3. Z kolei art. 59 u.dz.l. ustala, że „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1” (ust. 1), „Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

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

2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta

w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną” (ust. 2), „Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym” (ust. 3), „Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia” (ust. 4).

II. Zarzuty wnioskodawcy

1. Zdaniem wnioskodawcy, zaskarżone przepisy naruszają: art. 16 ust. 2 (udział samorządu w sprawowaniu władzy publicznej; samodzielność samorządu terytorialnego) oraz art. 166 ust. 1 i ust. 2 (zadania własne i zadania zlecone samorządu terytorialnego), a także art. 167 ust. 4 (udział samorządu terytorialnego w podziale dochodu publicznego) Konstytucji.

2. Przepisy art. 9a i art. 9b u.ś.z. wprowadziły możliwość finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.) świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń gwarantowanych) dla mieszkańców wspólnoty samorządowej (wniosek, s. 2). W powiązaniu jednak z art. 59 u.dz.l. powodują, zdaniem wnioskodawcy, obciążenie jednostki samorządu terytorialnego skutkami finansowymi nieprawidłowego zarządzania służbą zdrowia przez administrację rządową (wniosek, s. 4). Wadliwości sposobu rozliczania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ albo Fundusz), zaniżanie wartości kontraktów, a także obowiązek udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia prowadzi do „nadmierzeń wykonań” usług medycznych, generując długi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (s.p.z.o.z.). Prowadzą też do straty finansowanej, której obowiązek pokrycia spoczywa na organie prowadzącym (art. 59 ust. 1 u.dz.l.) lub do obowiązku likwidacji s.p.z.o.z. (art. 59 ust. 2 u.dz.l.). Z drugiej strony samorząd terytorialny może – na podstawie art.9a i art. 9b u.ś.z. – sfinansować swoim mieszkańcom świadczenia z opieki zdrowotnej gwarantowane przez państwo, ale tylko w zakresie świadczeń

udzielanych w ramach tzw. nadlimitów, co ogranicza zadłużenie publicznych placówek medycznych.

„Niezgodność art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi, polega na tym, iż:

– pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego przerzuca na te podmioty obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne, przez co narusza art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP
– przekazaniu samorządowi województwa do realizacji zadania publicznego nie towarzyszy wyposażenie go w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji” (wniosek, s. 5).

Zdaniem wnioskodawcy, „finansowanie świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty samorządowej stanowić ma fakultatywne zadanie własne samorządu w ramach szerszej kategorii, jaką jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa)”. W praktyce jednak „skutkuje to przerzuceniem na jednostkę samorządu obowiązków dotyczących polityki zdrowotnej państwa, w zakresie należącym do władz centralnych” (wniosek, s. 6). W rzeczywistości „Wybór jaki pozostawia ustawodawca jednostce samorządu terytorialnego jest jednak pozorny, gdyż brak finansowania przez samorząd gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, dla których jest on podmiotem tworzącym, przełoży się na stratę netto tych zakładów, którą jednostka samorządu terytorialnego będzie musiała pokryć, alternatywnie – zlikwidować podmiot. Zatem każde z wyżej wymienionych, alternatywnych rozwiązań, generować będzie wydatki z budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej tworzą kategorię gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych, nie fakultatywnie, ale obligatoryjnie przez jednostki samorządu terytorialnego, albo poprzez przejęcie kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowie pomiędzy zakładem a Funduszem, albo poprzez pokrycie straty netto samodzielnego

publicznego zakładu opieki zdrowotnej, albo wreszcie poprzez przejęcie zobowiązań finansowych zlikwidowanego podmiotu leczniczego” (wniosek, s. 9).

W opinii wnioskodawcy, „Znaczenie zaskarżonej regulacji jest takie, że następuje przekazanie lub zlecenie samorządom nowego zadania publicznego do realizacji, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i przekazane wprost i nie posiada cech zadania własnego”, ponieważ samorząd nie wykonuje tego zadania we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. „Ustawodawca nie pozostawia bowiem samorządom takiego zakresu swobody w kreowaniu sposobu realizacji tego zadania, który jest wymagany dla zadań własnych” (wniosek, s. 13). Organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych, zasady ustalania ich wartości i rozliczeń stanowią przedmiot unormowań zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a jednostka samorządu terytorialnego, chcąc respektować zasadę równego traktowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, nie może inaczej kształtować zasad organizacji, ustalania wysokości oraz rozliczania świadczeń gwarantowanych w umowach ze świadczeniodawcami, niż wynika to z przedmiotowych rozporządzeń i zarządzeń. Jednostka samorządu terytorialnego finansując gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia, może decydować jedynie o ilości świadczeń, którą chce finansować, o czasie trwania umowy i wreszcie o sposobie i trybie kontroli realizacji umowy, nie ma natomiast wpływu na standard udzielanych świadczeń i ich zakres (wniosek, s. 14). A zatem należy przyjąć, że przewidziane w art. 9a i art. 9b u.ś.z. zadanie nie jest zadaniem własnym samorządu terytorialnego. Skoro nie jest to zadanie własne, to należy je analizować w kategoriach zadania zleconego. Z obowiązkiem j.s.t. wykonania zadania zleconego związane jest też uprawnienie tej jednostki do żądania środków finansowych na pokrycie kosztów realizacji. Wnioskodawca podnosi, że „przekazanie zadań zleconych, bez należytego finansowania kosztów ich realizacji narusza ukształtowane w obowiązujących przepisach prawa zasady w zakresie realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego tychże zadań” (wniosek, s. 15). Tym samym zaskarżone przepisy są niezgodne z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji.

Drugi zarzut koncentruje się wokół naruszenia art. 167 ust. 4 Konstytucji, a konkretnie w braku zapewnienia środków na wykonanie zadania zleconego. „W przekonaniu wnioskodawcy ustawodawca nie dopełnił obowiązku wyrównania uszczerbku w dochodach jednostek samorządu terytorialnego, w związku z przekazaniem do realizacji części zadania należącego do władz centralnych, w postaci należytego finansowania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono tym samym obowiązek ponoszenia kosztów realizacji tych świadczeń albo odpowiedzialności finansowej za straty netto podmiotów leczniczych, jednocześnie nie zapewniając im odpowiednich do tego środków finansowych, co w konsekwencji może doprowadzić wspólnoty samorządowe do finansowej zapaści” (wniosek, s. 17).

3. W konkluzjach wnioskodawca stwierdza, że „Organizowanie i finansowanie opieki zdrowotnej jest zadaniem władz centralnych, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową osobą prawną i jednostką sektora finansów publicznych, powołaną do realizacji zadań publicznych. Tymczasem to na samorząd terytorialny, w tym Samorząd Województwa Mazowieckiego, pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego, został przerzucony obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne. Uznać zatem należy, iż wprowadzone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapisy art. 9a i art. 9b, stanowią naruszenie fundamentalnych zasad obowiązujących w demokratycznym państwie prawnym, w szczególności prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia jednostkom samorządu terytorialnego udziału w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań. Nakładanie zaś na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku zakupu świadczeń opieki zdrowotnych jest nieuzasadnionym obciążeniem finansowym” (wniosek, s. 22).

III. Analiza formalna

1. Zgodnie z art. 191 ust. 2 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji, organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego (dalej także: j.s.t.) może wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o kontrolę konstytucyjności prawa, jeżeli akt normatywny dotyczy spraw objętych jego zakresem działania. Sejmik Województwa Mazowieckiego na mocy uchwały nr 28/17 z 28 lutego 2017 r. takie środki podjął, domagając się stwierdzenia niekonstytucyjności przez Trybunał Konstytucyjny art. 9a i art. 9b u.ś.z. oraz 59 u.dz.l. Postanowieniem z 29 stycznia 2018 r., sygn. akt Tw 3/17, Trybunał nadał bieg wnioskowi Sejmiku Województwa Mazowieckiego. Trybunał Konstytucyjny ustalił, że uchwała została podjęta przez organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego (art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji). Wyraża ona wolę wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego (§ 1). Po drugie, uchwała określa ponadto przedmiot i wzorce kontroli (§ 1), które są tożsame z zakresem zaskarżenia wyznaczonym w złożonym wniosku. Po trzecie, uchwała upoważnia także Marszałka Województwa Mazowieckiego do złożenia wniosku oraz reprezentowania Sejmiku w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym z prawem do udzielania dalszych pełnomocnictw (§ 2). W związku z powyższym Trybunał stwierdza, że wniosek o zbadanie konstytucyjności zakwestionowanych przepisów ustawy pochodzi od uprawnionego podmiotu (art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji).

2. Przed przystąpieniem do analizy merytorycznej zarzutów Sejmiku Województwa Mazowieckiego należy zwrócić uwagę na problemy natury formalnej, które wyłaniają się z treści wniosku.

3. Zasadnicza część uzasadnienia i argumenty przedstawione przez wnioskodawcę odnoszą się, zdaniem Sejmu, do sfery stosowania prawa i opisują działanie NFZ. Sejm dostrzega ich powagę i rangę, ponieważ wadliwa działalność NFZ przekłada się na dostępność świadczeń oraz na sytuację s.p.z.o.z. Ma to znaczenie dla realizacji konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej. Sejm pragnie przypomnieć, że organem nadzorującym NFZ jest właściwy minister, który ponosi

odpowiedzialność polityczną i odpowiada z tego tytułu przed Sejmem. W tym kontekście warto przywołać pogląd, w myśl którego „Państwo, czy to przyjmując formę unitarną, czy też utrwalając charakter federacyjny, jest pierwotnym pomiotem administracji publicznej. Na nim to bowiem spoczywa kompleksowa odpowiedzialność publicznoprawna za realizację zadań publicznych w skali powszechnej, a procesy przekazywania władztwa administracyjnego innym podmiotom i instytucjom oraz rozproszenia strukturalnego kompetencji administracyjnych nie mogą stanowić usprawiedliwienia niewykonywania tych powinności” (J. Dobkowski, *Kompetencja administracyjna – niektóre uwagi na kanwie pracy M. Matczaka, Kompetencja organu administracji publicznej, Kraków 2004*, „Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych. Miscellanea” 2018, t. I, s. 109 i n.). Nie można także pominąć tu Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, powołanej w celu współpracy partnerów społecznych i osiągnięcia konsensu w sprawach publicznych. Może ona służyć rozwiązywaniu problemów w sprawach opieki zdrowotnej i poprawy jakości pracy NFZ.

4. Pierwsze zagadnienie dotyczy przedmiotu zaskarżenia, tj. art. 59 u.dz.l., który został przywołany związkowo w sprawie. Z treści uzasadnienia wniosku wynika jednak, iż zarzut niekonstytucyjności wnioskodawca kieruje wobec art. 9a i art. 9b u.ś.z., pomijając treść art. 59 u.dz.l. Świadczy o tym okoliczność, że wnioskodawca naruszenie Konstytucji wiąże z nowym zadaniem (własnym/zleconym), polegającym na finansowaniu przez j.s.t. świadczeń zdrowotnych poza limit określony kontraktem z NFZ, o czym traktują przepisy u.ś.z. (wniosek, s. 5, 6, 11, 13, 14). Przywołany w charakterze przedmiotu kontroli art. 59 u.dz.l. stanowi raczej tło analizy zawartej w piśmie Sejmiku. Ponadto przepis ten jest rozbudowany treściowo i normuje szereg zagadnień: po pierwsze, obowiązek pokrywania straty przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (ust. 1); po drugie, obowiązek pokrycia straty netto lub podjęcia decyzji o likwidacji s.p.z.o.z. przez j.s.t. (ust. 2); po trzecie, sposób kalkulacji straty netto (ust. 3); po czwarte, obowiązek sporządzenia programu naprawczego (ust. 4). Mając to na uwadze, trudno jest ustalić, która jednostka redakcyjna art. 59 u.dz.l. jest przedmiotem zaskarżenia i jaka jej treść normatywna powinna podlegać kontroli, skoro wnioskodawca niekonstytucyjność wiąże z obowiązkiem opłacania

tw. „nadwykonań” i wadliwością procedury rozliczania umów zawartych przez s.p.z.o.z. z NFZ (wniosek, s. 7-10). Jeśli chodzi o ten ostatni zarzut, to zaskarżony przepis nie normuje zasad i trybu rozliczania umów oraz zwrotu kosztów tzw. nadwykonań. W takiej sytuacji Sejm wnosi o umorzenie postępowania w zakresie obejmującym art. 59 u.dz.l. z powodu braku należytego uzasadnienia zarzutu niekonstytucyjności.

Sejm pragnie zwrócić uwagę, że przepis art. 59 u.dz.l. był przedmiotem zaskarżenia w sprawie o sygn. akt K 48/13. Wnioskodawca (również Sejmik Województwa Mazowieckiego) wystąpił do Trybunału z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 59 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.dz.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 u.dz.l. – przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Funduszem, z art. 166 ust. 1 i ust. 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji. Trybunał umorzył postanowieniem z 19 lipca 2016 r. sprawę (sygn. akt K 48/13) na tej podstawie, że art. 59 u.dz.l. w zakwestionowanym brzmieniu utracił moc obowiązującą wskutek nowelizacji u.dz.l. (ustawodawca dokonał zmiany tego przepisu).

W relacjonowanej sprawie, pismem z 9 lipca 2015 r. Marszałek Sejmu przedłożył stanowisko Sejmu, wnosząc o stwierdzenie, że: 1) art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.dz.l. jest zgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji; 2) art. 59 ust. 4 u.dz.l. jest zgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji; w pozostałym zakresie domagając się umorzenia postępowania. Zdaniem Sejmu, samorząd terytorialny nie jest zobligowany, na podstawie art. 50 u.dz.l., do finansowania zrealizowanych przez s.p.z.o.z. ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ obowiązek ten spoczywa na właściwych ministrach i NFZ (art. 14 u.ś.z.). Jedynym źródłem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest kontrakt z NFZ. „Niedopuszczalna jest możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków

publicznych bez zawartej umowy z NFZ. Świadczenia wykraczające ponad rodzaj bądź limit wskazany w kontrakcie z NFZ nie są świadczeniami należnymi systemowo” (sygn. akt K 48/13). W opinii Sejmu, zakwestionowaną regulację należało analizować w związku z zadaniami j.s.t. w ochronie zdrowia, których źródłem jest ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 913, ze zm.; dalej: u.s.w.). Sejm nie podzielał więc zdania wnioskodawcy, że u.dz.l. nałożyła na j.s.t. nowe zadanie własne.

5. W niniejszej sprawie jako przedmiot kontroli wnioskodawca czyni art. 9a i art. 9b u.ś.z. Nie można jednak pominąć, że zaskarżone przepisy są rozbudowane treściowo. Przepis art. 9a u.ś.z. przyznaje j.s.t. nowy instrument, służący realizacji zadania własnego, które polega na ochronie zdrowia. Natomiast art. 9b u.ś.z. operacjonalizuje tak określony instrument, normując: a) formę zakupu świadczeń gwarantowanych i obowiązek przeprowadzania konkursu (ust. 1 i ust. 2); b) pierwszeństwo zawierania umów z podmiotami leczniczymi, dla których j.s.t. jest podmiotem tworzącym lub współnikiem, lub akcjonariuszem (ust. 3) i zwolnienie od obowiązku przeprowadzania konkursu (ust. 4); c) treść umowy – *essentialia negotii* (ust. 5); d) ograniczenie swobody umów, w przypadku, gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem (ust. 6) i obowiązki świadczeniobiorcy (ust. 7). Powyższa rekonstrukcja treści zaskarżonego art. 9b u.ś.z. i jego konfrontacja z uzasadnieniem wniosku nakazuje doprecyzowanie przedmiotu kontroli i jego zawężenie do ust. 6, który ogranicza swobodę j.s.t., pozwalając jedynie na zakup świadczeń gwarantowanych poza tzw. limit określony w kontrakcie z NFZ.

6. Sejm pragnie zwrócić również uwagę na niespójność pomiędzy *petitum* wniosku a jego uzasadnieniem. Przedmiot zaskarżenia został ujęty zakresowo, na co wskazuje treść *petitum*: „w zakresie, w jakim wymusza na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niefinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania” (wniosek, s. 1). W uzasadnieniu wniosku czytamy:

„Niezgodność art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi, polega na tym, iż: – pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego przerzuca na te podmioty obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne, przez co narusza art. 16 ust. 2 w związku art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP – przekazaniu samorządowi województwa do realizacji zadania publicznego nie towarzyszy wyposażenie go w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji” (wniosek, s. 5).

W dalszej części uzasadnienia wnioskodawca wyjaśnia treść zakwestionowanych przepisów: „Znaczenie zaskarżonej regulacji jest takie, że następuje przekazanie lub zlecenie samorządom nowego zadania publicznego do realizacji, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i przekazane wprost i nie posiada cech zadania własnego” (wniosek, s. 11), ponieważ j.s.t. nie wykonuje tego zadania w sposób samodzielny, co gwarantuje jej art. 16 ust. 2 Konstytucji (wniosek, s. 13). Nie ma ono charakteru *stricte* lokalnego, służącego zaspakajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej (art. 166 ust. 1 Konstytucji) (wniosek, s. 15). Tak więc nie może być traktowane jako zadanie własne. Z kolei jako zleczone nie spełnia warunku, o którym mowa w art. 166 ust. 2 Konstytucji. Nie istnieją bowiem uzasadnione potrzeby państwa, nakazujące zlecenie tych zadań jednostkom samorządu terytorialnego (art. 166 ust. 1 Konstytucji). Nawet gdyby przyjąć, że takie potrzeby istnieją, to ustawodawca nie zapewnił odpowiednich środków na ich realizację (wniosek, s. 15 i 20). Taki stan rzeczy narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji (wniosek, s. 21).

Zestawiając ze sobą zarzut niekonstytucyjności opisany w *petitum* z uzasadnieniem wniosku należy stwierdzić brak precyzji żądania wnioskodawcy oraz niespójność treściową pomiędzy zarzutem a jego uzasadnieniem. W ocenie Sejmu, taka sytuacja wymaga, mając na uwadze zasadę *falsa demonstratio non nocet*, ustalenia rzeczywistej intencji wnioskodawcy i doprecyzowania przedmiotu kontroli. Kierując się treścią zaskarżonych przepisów oraz wzorcami kontroli, a także uzasadnieniem wniosku Sejm postanowił dokonać modyfikacji zakresu zaskarżenia

w sposób oddający istotę sporu. W istocie wnioskodawca zarzuca: brak samodzielności j.s.t. w wykonywaniu powierzonej kompetencji, brak lokalnego charakteru powierzonego zadania, a także brak środków na sfinansowanie nowego zadania. Sejmik stoi na stanowisku, że zaskarżone przepisy powierzają mu wykonanie zadania zleconego bez wyposażenia go w odpowiednie środki.

7. Reasumując dotychczasowe uwagi, przedmiotem kontroli w analizowanej sprawie jest art. 9a i art. 9b ust. 6 u.ś.z., zaś problem konstytucyjny sprowadza się do pytania:

- a) czy art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. w zakresie, w jakim odnosi się do świadczeń gwarantowanych udzielanych ponad kwotę zobowiązania Funduszu, jest zgodny z art. 16 ust. 2 i art. 166 ust. 1 Konstytucji oraz czy jest zgodny z art. 167 ust. 4 Konstytucji;
- b) czy art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. jest zgodny z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

IV. Wzorce kontroli

1. Prezentowane w sprawie wzorce kontroli zostały zrekonstruowane przez Sejm i ujęte w jego stanowisku z 9 lipca 2015 r. wyrażonym w sprawie zawisłej przed TK o sygn. akt K 48/13.

2. Pierwszym wzorcem kontroli jest art. 16 ust. 2 Konstytucji, który wyraża zasadę samodzielności ustrojowo-organizacyjnej samorządu terytorialnego. Przepis ten stanowi: „Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”. Z jego treści wynika: po pierwsze, nakaz zachowania niezależności j.s.t. od innych struktur i podmiotów władzy publicznej, a w szczególności od organów administracji rządowej. Po drugie, nakaz podzielenia władzy publicznej w państwie pomiędzy administrację rządową i samorządową, ponieważ samorząd uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Po trzecie, z art. 16 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji wynika nakaz, aby podział ten

był realny (wydany w pełnym składzie wyrok TK z 26 maja 2015 r., sygn. akt Kp 2/13).

„Realizując art. 16 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, państwo dzieli się z samorządem częścią władzy zwierzchniej, która należy do Narodu (art. 4 ust. 1 Konstytucji). Jednostki samorządowe wykonują władzę publiczną, która została im przekazana przez organy państwa, w związku z czym nie mają własnych zadań wywodzących się z praw naturalnych, które podlegałyby uznaniu lub akceptacji państwa” (wyrok TK z 26 maja 2015 r., sygn. akt Kp 2/13). Pozostający w gestii samorządu terytorialnego zakres władztwa publicznego stanowi przejaw zdecentralizowanej władzy państwowej, a więc władzy tego samego, jednego państwa polskiego (wyrok TK z 31 stycznia 2013 r., sygn. akt K 14/11). Najpełniej treść konstytucyjnej zasady samodzielności samorządu terytorialnego oraz konstytucyjnych gwarancji granic tej samodzielności wyznaczona została w uzasadnieniu orzeczenia TK z 23 października 1996 r. (sygn. akt K 1/96). Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, jednostki samorządu terytorialnego, wykonując zadania publiczne, uczestniczą – w zakresie określonym przez ustawodawcę – w sprawowaniu władzy w granicach przyznanej im przez prawo i prawem chronionej samodzielności. Po wejściu w życie Konstytucji z 1997 r. Trybunał podtrzymał dotychczasową wykładnię zasady samodzielności gminy oraz rozróżnienie szczegółowych unormowań prawnych na takie, które naruszają jej istotę oraz na te, które stanowią jedynie jej modyfikację, dopuszczalną na gruncie norm konstytucyjnych (zob. wyroki TK z: 15 grudnia 1997 r., sygn. akt K 13/97 oraz 3 listopada 1998 r., sygn. akt K 12/98).

Trybunał podkreślał jednocześnie, że samodzielności jednostki samorządu terytorialnego, jako wartości chronionej i gwarantowanej konstytucyjnie, nie wolno absolutyzować, skoro samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne „w ramach ustaw” (zob. wyroki TK z: 4 maja 1998 r., sygn. akt K 38/97 oraz 9 kwietnia 2002 r., sygn. akt K 21/01). Ustawodawca jest zatem uprawniony do ingerowania w sferę samodzielności jednostki samorządu terytorialnego. Jego działanie w tym zakresie nie może być jednak dowolne. W świetle wypowiedzi Trybunału swoboda regulacyjna prawodawcy podlega ograniczeniom zarówno formalno-proceduralnym, jak i materialnym (zob. np. wyrok TK z 20 marca 2007 r., sygn. akt K 35/05).

Po pierwsze, podstawowym warunkiem formalno-proceduralnym ograniczenia samodzielności jednostki samorządu terytorialnego jest możliwość nałożenia na nią określonego obowiązku wyłącznie w ustawie. Gwarancja ta stanowi o niezależności samorządu od administracji rządowej. Po drugie zaś, ograniczenia muszą znajdować uzasadnienie w konstytucyjnie określonych celach i chronionych wartościach, którym ustawodawca dał pierwszeństwo przed zasadą samodzielności (zob. np. orzeczenie TK z 23 października 1996 r., sygn. akt K. 1/96 oraz wyroki TK z: 8 maja 2002 r., sygn. akt K 29/00; 18 grudnia 2008 r., sygn. akt K 19/07; 26 września 2013 r., sygn. akt K 22/12).

3. Jako wzorzec kontroli w niniejszej sprawie wnioskodawca przywołał art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji, w których inkorporowany został tradycyjny podział zadań jednostek samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.) na zadania własne i zadania zlecone. Przepis ten stanowi: „Zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne” (ust. 1). „Jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych zadań publicznych. Ustawa określa tryb przekazywania i sposób wykonywania zadań zleconych” (ust. 2).

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

Do normy wyrażonej w art. 166 ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którą zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne, odniósł się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 6 czerwca 2006 r. (sygn. akt K 23/05). Trybunał stwierdził wówczas, iż jednostki samorządowe podejmują tylko te zadania publiczne, które mają wymiar lokalny, a samo „zaspokajanie” wspólnoty samorządowej musi się przedstawiać jako działalność administracyjno-zarządzająca. Nie ma przy tym

przeciwieństwa ani konkurencji czy jakiegokolwiek potrzeby dokonywania wyboru między „zaspokajaniem potrzeb wspólnoty samorządowej” (a więc potrzeb ludności pewnych obszarów państwa) a realizacją zadań centralnych organów administracji państwa w ich przełożeniu terytorialnym. Zasada demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) i wymóg traktowania Rzeczypospolitej Polskiej jako dobra wspólnego wszystkich obywateli (art. 1 Konstytucji) oznaczają, że także realizacja zadań należących do kompetencji centralnej administracji państwa ma służyć realizacji potrzeb społecznych.

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

4. Wskazany jako wzorzec kontroli art. 167 ust. 4 Konstytucji stanowi: „Zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych”. Warto zaznaczyć, że Trybunał Konstytucyjny wyraził pogląd, iż: „Konstytucja ujmuje cały art. 167 Konstytucji w zakresie, w jakim służy samodzielności finansowej jednostek samorządu, jako funkcjonalnie powiązany zespół norm. Ustęp 1 tego przepisu zapewnia jednostkom samorządu terytorialnego udział w dochodach publicznych odpowiedni do przypadających im zadań. Ustęp 2 wskazuje rodzaje dochodów, które muszą występować w systemie finansowym samorządu. Ustęp 3 nakazuje, aby zmiany w dochodach dokonywały się w formie ustawowej. Ustęp 4 przesądza natomiast, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego towarzyszyć powinna «odpowiednia» zmiana podziału dochodów publicznych” (wyrok TK z 6 września 2005 r., sygn. akt K 46/04). Normy te pełnią funkcję gwarancyjną wobec zasady samodzielności finansowej jednostek samorządu

terytorialnego. Przywołane przepisy konstytucyjne wyrażają tzw. zasadę adekwatności, „którą w teorii odnosi się do prawidłowego konstruowania źródeł dochodów budżetów samorządowych, a także traktuje się jako gwarancję zapewnienia każdej jednostce samorządu terytorialnego odpowiedniego dochodu do puli zadań na niej ciążących” (E. Kornberger-Sokołowska, *Realizacja zasady adekwatności w procesach decentralizacji finansów publicznych*, „Samorząd Terytorialny” 2001, nr 3, s. 3).

Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego normy wyrażone w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji powinny być interpretowane w ścisłym powiązaniu ze sobą (wyroki TK z: 30 marca 1999 r., sygn. akt K 5/98; 6 września 2005 r., sygn. akt K 46/04). Ponadto znaczenie zasady adekwatności należy rozpatrywać w kontekście także innych regulacji rozdziału VII ustawy zasadniczej (wyrok TK z 28 czerwca 2001 r., sygn. akt U 8/00). Wskazane przez wnioskodawcę wzorce konstytucyjne były przedmiotem licznych wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego. Zagadnienie „odpowiedniości” udziału samorządu w dochodach publicznych było wielokrotnie analizowane przez Trybunał Konstytucyjny zarówno w odniesieniu do przypadków, w których zmiany ustawodawcze skutkowały zmniejszeniem realnych dochodów jednostek samorządu terytorialnego, przy pozostawieniu tego samego zakresu zadań (wyroki TK z: 7 czerwca 2001 r., sygn. akt K 20/00; 25 marca 2003 r., sygn. akt U 10/01; 30 czerwca 2003 r., sygn. akt K 8/02), jak i zwiększenia zakresu zadań przy jednoczesnym utrzymaniu dochodów na dotychczasowym poziomie (wyroki TK z: 31 maja 2005 r., sygn. akt K 27/04; 28 lutego 2008 r., sygn. akt K 43/07).

Odnosząc się bezpośrednio do treści tego przepisu, należy zauważyć, iż zasada adekwatności została w nim ujęta z perspektywy dynamiki zmian w strukturze dochodów jednostek samorządu terytorialnego. Jak podnosi się w piśmiennictwie: „Prawodawca konstytucyjny nie tylko formułuje wymóg zapewnienia gminom udziałów w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań w momencie ich przekazania, lecz stanowi, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji gmin winny towarzyszyć odpowiednie zmiany w podziale dochodów publicznych” (W. Miemiec, *Prawne gwarancje samodzielności finansowej gminy w zakresie dochodów publicznoprawnych*, Warszawa 2005, s. 81).

Dokonując wykładni przedmiotowego przepisu, Trybunał Konstytucyjny wskazał, iż: „[...] gminom przysługuje ochrona, nie tylko w związku z powierzaniem im nowych zadań, lecz także odpowiednio do zadań już im przypadających, lub ich modyfikacji, pociągającej za sobą konieczność zmiany w podziale dochodów publicznych. [...] Trybunał Konstytucyjny w swym orzecznictwie wielokrotnie podnosił, iż ustawodawca ma prawo kreowania zadań i wydatków samorządu terytorialnego, pod warunkiem wszakże, że konstytucyjnie gwarantowane prawa samorządu, nie będą przedmiotem ingerencji ustawowej w sposób ograniczający lub znoszący ich istotę. Ingerencja taka winna być konieczna dla realizacji innych zasad i wartości konstytucyjnie chronionych, a przez to celowa i proporcjonalna” (wyrok TK z 21 grudnia 1998 r., sygn. akt U 20/98).

V. Analiza zgodności

1. Problemy konstytucyjne, które wyłaniają się z wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego dotyczą trzech zagadnień. Po pierwsze, zdaniem wnioskodawcy nałożono na niego nowe zadanie, które polega na współfinansowaniu świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad umowne limity, w sposób ograniczający jego swobodę decyzyjną (art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji). Jego przekazaniu nie towarzyszą zmiany w podziale dochodów publicznych (art. 167 ust. 4 Konstytucji). Po drugie, zadanie to nie ma charakteru *stricte* lokalnego. Brak tej samodzielności, a także brak lokalnego charakteru powoduje, że kwestionowane zadanie nie zostało przekazane, ale zlecone. Ta konstatacja stanowi punkt wyjścia do analizy trzeciego problemu konstytucyjnego. Skoro ustawodawca zleca j.s.t. współfinansowanie świadczeń zdrowotnych, to zgodnie z art. 166 ust. 2 Konstytucji powinien zaopatrzyć jednostkę w odpowiednie środki.

2. Analiza powyższych zagadnień wymaga zarysowania zasad opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Problematyka ochrony zdrowia jest zagadnieniem złożonym i unormowanym w wielu aktach normatywnych. Niemniej jednak punktem wyjścia powinien być art. 68 Konstytucji, który przyznaje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Temu uprawnieniu obywatela

odpowiada obowiązek władzy publicznej do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Nałożony na ustawodawcę obowiązek ustalenia warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 Konstytucji) wykonuje ustawa zdrowotna, będąc podstawowym dla tej dziedziny aktem normatywnym. Normuje ona między innymi: warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zasady i tryb finansowania tych świadczeń; zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych; zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń; zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego – ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres podmiotowy konstytucyjnego prawa do ubezpieczenia zdrowotnego wyznacza słowo „każdy”. Z przepisem tym koresponduje art. 2 ust. 1 u.ś.z., który wskazuje podmioty uprawnione do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. „Ustawa zdrowotna, podobnie jak jej poprzedniczki – ustawa o puz i ustawa o nfz – bardzo szeroko określa zakres podmiotowy ubezpieczenia. Jest to zgodne z podkreślaną w ustawie zasadą powszechności. Widać też dążenie do stworzenia systemu faktycznie obejmującego możliwie największą liczbę uprawnionych do świadczeń” (E. Lach, *Zasada powszechności ubezpieczenia zdrowotnego a założenia aksjologiczne ubezpieczeń społecznych*, „Państwo i Prawo” 2006, nr 7, s. 59). Podstawowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych są składki odprowadzane przez ubezpieczonych do NFZ. W zamian mają oni prawo, na zasadach określonych w ustawie, do świadczeń opieki zdrowotnej, służących zachowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom i urazom, wczesnemu wykrywaniu chorób, leczeniu, pielęgnacji oraz zapobieganiu niepełnosprawności i jej ograniczaniu (art. 15 ustawy zdrowotnej). Z kolei podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub NFZ. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych. Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną, która posiada osobowość prawną. „Środki będące w dyspozycji NFZ zdrowia stanowią podstawę finansową działania systemu opieki zdrowotnej” (M. Węgrzyn, *op. cit.*, s. 130).

Środki na świadczenia rozdysponowywane są na podstawie umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami, będącymi podmiotami leczniczymi (dalej: kontrakt; umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) (art. 132 ust. 1 ustawy zdrowotnej). Status prawny podmiotów leczniczych, zasady wykonywania działalności leczniczej; zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych; zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą określa u.d.z.l.

3. Zdaniem wnioskodawcy, art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. nakłada na j.s.t. nowe zadanie o charakterze ogólnokrajowym. Taki stan rzeczy jest niezgodny z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust.1 Konstytucji, ponieważ j.s.t. wykonuje jedynie zadania służące zaspokojeniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Z takim stanowiskiem nie zgadza się Sejm.

Po pierwsze, ochrona zdrowia jest zadaniem o charakterze publicznym, zaś samorząd terytorialny aktywnie uczestniczy w jego wykonywaniu (art. 163 Konstytucji) w płaszczyźnie: właścicielskiej, nadzorczej, organizacyjnej i finansowej (M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wrocław 2013, s. 97). Pierwszy raz ustalono, że samorząd terytorialny wykonuje zadania związane z ochroną zdrowia w art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Nr 16, poz. 95), a także ustawą z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 43, poz. 198). W ten sposób rozpoczął się proces decentralizacji w ochronie zdrowia, który postępował wraz z kolejnym etapem reformy samorządowej. Na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872, ze zm.), samorząd terytorialny stał się organem założycielskim dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej: s.p.z.o.z.). Tym samym otrzymał kompetencje i obowiązki wynikające z ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91,

poz. 408, ze zm.). Dodatkowe obowiązki j.s.t., na które wskazuje wnioskodawca, w zakresie ochrony zdrowia zostały nałożone ustawami szczególnymi i dotyczą one m.in. przeciwdziałania alkoholizmowi, ochrony zdrowia psychicznego, zapobieganiu narkomanii (szerzej zob. I. Kowalska-Bobko, *Decentralizacja a systemy zdrowotne. W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu*, Kraków 2017, s. 140 i n.). A zatem od 1990 r. j.s.t. uczestniczą w zaspakajaniu potrzeb lokalnej społeczności w zakresie ochrony zdrowia, prowadząc podmioty lecznicze i realizując zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Uwaga ta dotyczy samorządu województwa (dalej: s.w.) powołanego do życia w 1999 r.

Do zadań samorządu województwa należą zadania publiczne o charakterze wojewódzkim niezastrzeżone dla organów administracji rządowej. W nauce podnosi się, że istota samorządu województwa polega na poprawianiu standardu życia jego mieszkańców przez określenie i urzeczywistnianie strategii regionu (I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*, s. 152). Samorząd ten realizuje zadanie, polegające na promocji i ochronie zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.). W tym zakresie s.w. ustala ogólną strategię dla województwa, która obejmuje: a) długofalowe planowanie, b) rozpoznawanie regionalnych potrzeb zdrowotnych, c) opracowanie, monitorowanie regionalnych planów zdrowotnych (I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*, s. 155). Jest on też organem tworzącym podmioty lecznicze, nad którymi sprawuje nadzór w zakresie przewidzianym u.dz.l. A ponadto tworzy i prowadzi: a) wojewódzki ośrodek medycyny pracy, b) zakład psychiatrycznej opieki zdrowotnej a także c) realizuje zadania z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych i uzależnienia od tytoniu (I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*, s. 155). Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: a) spółki kapitałowej; b) jednostki budżetowej; c) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Z powyższego wynika, iż samorząd terytorialny sprawuje władzę publiczną w zakresie ochrony zdrowia i dzieli ją z administracją rządową.

Po drugie, w poprzednim stanie prawnym niedopuszczalne było udzielenie świadczenia gwarantowanego, a więc świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych bez zawartej umowy z NFZ: „Zasadą jest zatem, że najpierw musi być zawarta umowa, o jakiej mowa w art. 132 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, aby udzielone świadczenie mogło zostać sfinansowane ze środków

Funduszu. Nie jest dopuszczalne udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych bez zawartej umowy, o jakiej mowa w art. 132 ustawy o świadczeniach, z wyjątkami wskazanymi w ustawie, np. w jej art. 19 ust. 2, 4 i 5. Związane jest to ściśle z zasadami gospodarki finansowej Funduszu zawartymi w przepisach Rozdziału 2 ustawy o świadczeniach, która opiera się na planach finansowych i prognozach, stosownie do przepisów art. 118-124” (zob. wyrok NSA z 22 listopada 2006 r., sygn. akt II GSK 219/06). Zaskarżona regulacja zmienia ten stan, pozwalając na zakup świadczeń gwarantowanych przez j.s.t. Skutkiem obowiązywania art. 9a i art. 9b u.ś.z. może być, zdaniem Sejmu, poprawa sytuacji zdrowotnej na terenie małych j.s.t., gdzie nie ma dostępu do określonych świadczeń gwarantowanych z powodu braku albo podmiotu leczniczego w ogóle, albo z powodu braku podmiotu leczniczego mającego zawartą umowę z NFZ. Na mocy art. 9a i art. 9b u.ś.z. jednostka samorządu terytorialnego dysponuje instrumentem, pozwalającym jej na kupno takich świadczeń w celu ochrony zdrowia swoich mieszkańców. Tytułem przykładu warto przywołać, np.:

- a) Zarządzenie nr 0050/407/2017 Wójta Gminy Popielów z dnia 7 czerwca 2017 r., którym ogłoszono konkurs ofert na świadczenia rehabilitacyjne. Program jest uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ. Został on powołany do życia z uwagi na ograniczenia dostępności świadczeń na terenie gminy i potrzeby jej mieszkańców (dostępne *on line*).
- b) Uchwała nr XXXV/257/2018 Rady Gminy Płoskinia z dnia 26 stycznia 2018 r. „W związku z zaistniałą sytuacją na terenie Gminy Płoskinia – brak podmiotu, który świadczyłby usługi podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ konieczne jest zlecenie w/w usług podmiotowi, który będzie świadczył te usługi do momentu rozpoczęcia działalności przez Gminny Ośrodek Zdrowia w Płoskini” (dostępne *on line*).
- c) Zarządzenie nr 74 /VII/2018 Burmistrza Gminy Konstancin-Jeziorna z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia konkursu na świadczenie usługi opieki pielęgniarek w szkołach dla których gmina Konstancin-Jeziorna jest organem prowadzącym (dostępne *on line*).

d) Uchwała nr XXXVI.336.2017 Rady Gminy Darłowo z dnia 28 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki społecznej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Darłowo”. W uzasadnieniu uchwały wskazywano, że „Mieszkańcy gminy od wielu lat korzystali z zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych w ramach kontraktu z NFZ przez publiczne bądź niepubliczne ZOZ-y w Dąbkach, Sławnie, Jarosławcu czy Koszalinie [...]. Wiele z osób potrzebujących zabiegów rehabilitacyjnych w ogóle nie docierało do gabinetów rehabilitacji ze względów finansowych lub komunikacyjnych” (dostępne *on line*).

Po trzecie, warto również dodać, że j.s.t. współfinansowały także świadczenia gwarantowane, ale w ramach programów zdrowotnych. Wprawdzie z dniem 1 stycznia 2015 r. j.s.t. utraciły prawo prowadzenia programów zdrowotnych, lecz nabyły uprawnienie do realizacji tzw. programów polityki zdrowotnej (ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 1138, dalej: ustawa z 2014 r.). Z jednej strony, programy zdrowotne były (do 1 stycznia 2015 r.) fakultatywnym instrumentem polityki j.s.t. w zakresie ochrony zdrowia. Z drugiej zaś strony ustawodawca zaliczał je także do katalogu świadczeń gwarantowanych, o czym stanowił obowiązujący nadal art. 15 ust. 2 pkt 13 u.ś.z. Również w piśmiennictwie podnosi się, że „w poprzednich latach samorzady zgłaszały do AOTMiT [Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – uwaga własna] projekty programów polityki zdrowotnej (dawniej programów zdrowotnych) oraz realizowały takie programy, które swym przedmiotem obejmowały świadczenia gwarantowane. Abstrahując od prawidłowości takich działań, w kontekście kryteriów jakie musiał i nadal musi spełniać program, w aktualnym stanie prawnym realizacja takich zadań nie powinna odbywać się poprzez realizację programów polityki zdrowotnej, tylko na podstawie procedury przewidzianej w art. 9b u.ś.o.z. Decyzja o finansowaniu świadczeń gwarantowanych nie wymaga opinii AOTMiT. Świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert” (zob. B. Skubel, R. Rudka, *Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic*, Warszawa 2016, s. 13).

Z powyższego wynika, iż dostarczanie świadczeń gwarantowanych mieszkańcom lokalnej społeczności w ramach programów zdrowotnych było dozwolone i stanowiło praktykę wyprzedzającą wprowadzenie art. 9a i art. 9b ust. 6 u.ś.z. W stanie prawnym obowiązującym po 1 stycznia 2015 r., programy polityki zdrowotnej nie są ujęte w katalogu świadczeń gwarantowanych, a więc j.s.t. utraciły podstawę prawną do finansowania tych świadczeń. Sytuacja prawna zmieniła się po wejściu w życie zaskarżonych przepisów (zostały wprowadzone na podstawie ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 960), ponieważ j.s.t. otrzymały nową podstawę prawną takiego działania. Pozwala to na konstatację, że mamy do czynienia z zachowaniem trwałego kierunku polityki w ochronie zdrowia (współfinansowanie świadczeń przez j.s.t.) przy zmieniającym się instrumentarium.

Po czwarte, nie można tracić z pola widzenia i tej okoliczności, że zaskarżony przepis pozwala na zakup świadczeń gwarantowanych tylko „mieszkańcom tej wspólnoty”. Ustawodawca nie posługuje się w konstrukcji zaskarżonego przepisu terminem „ubezpieczony”, ale kategorią mieszkańca. Zgodnie z art. 2 u.ś.z. do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo, co do zasady, osoby ubezpieczone. Nie każdy jednak mieszkaniec określonej jednostki samorządu terytorialnego (art. 16 ust. 1 Konstytucji) jest osobą ubezpieczoną (brak ubezpieczenia zdrowotnego może być wypadkową wielu zdarzeń, zależnych lub niezależnych od woli mieszkańca jednostki samorządu terytorialnego). W takim stanie rzeczy trzeba stwierdzić, iż art. 9a i art. 9b u.ś.z. ukierunkowane są na rozwiązywanie lokalnych problemów. Przyznają j.s.t. instrumenty pozwalające wyjść poza system ubezpieczenia zdrowotnego i reagować na zjawiska, które dotyczą zarówno wspólnotę, jak i jej poszczególnych mieszkańców.

4. Zdaniem wnioskodawcy, j.s.t. nie może wykonywać powierzonego jej zadania w sposób samodzielny i na własną odpowiedzialność. Samorząd nie ma też „wpływu na standard udzielanych świadczeń i ich zakres” (wniosek, s. 14). Tym samym zaskarżony art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. naruszać ma zasadę samodzielności j.s.t., której źródłem jest art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1

Konstytucji. Sejm nie zgadza się ze stanowiskiem Sejmiku Województwa Mazowieckiego z następujących powodów.

Po pierwsze, „Ocena czy dana regulacja spełnia warunek usprawiedliwionej ingerencji w sferę samodzielności gminy nie może być [...] – dokonana bez wykładni odwołującej się do celu i aksjologii ustawy wprowadzającej ograniczenia. Przy wprowadzaniu ograniczeń konieczne jest również zachowanie adekwatności celu uzasadniającego te ograniczenia do środka, jakim się posłużył ustawodawca. Ingerencja ustawodawcy nie może być też nadmierna, tzn. nie powinna przekraczać granic niezbędnych dla ochrony interesu publicznego, z którym jest ona powiązana” (wyrok TK z 7 grudnia 2005 r., sygn. akt Kp 3/05).

Poszukując celu i aksjologii art. 9a i art. 9b ust. 6 u.ś.z. Sejm odwoła się do założeń, które legły u podstaw zaskarżonych przepisów. W stanie prawnym obowiązującym przed ich wejściem w życie j.s.t. mogły „na podstawie przepisów ustawy, przekazywać podległym im podmiotom dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakupy aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych” (rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 562/VIII kad.). Nie mogły natomiast finansować „świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty lecznicze, dla których są one podmiotami tworzącymi, albo które znajdują się na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego” (*ibidem*). Z kolei „zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Przepisy te nie wskazują jednak szczegółowo, w jaki sposób powyższe zadania mają być wykonywane, tym samym nie mogą stanowić samoistnej podstawy prawnej dla działań w ochronie zdrowia. Przedmiotowy projekt określa wyraźnie podstawę prawną dla tych działań i przewiduje przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej” (*ibidem*). Uzasadnieniem dla tak określonej kompetencji jest: „umożliwienie jednostkom zabezpieczenia członkom swojej wspólnoty samorządowej jak najlepszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej zaś, powinno sprzyjać ograniczeniu generowania strat finansowych tych podmiotów leczniczych” (*ibidem*). W uzasadnieniu czytamy, że „Aby nie dochodziło do podwójnego

finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, projektowana ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego tych świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie (tzw. nadlimity)” (*ibidem*). Warto podkreślić, że projektowane rozwiązanie „nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Projektowana ustawa nie nakłada tym samym na jednostki samorządu terytorialnego nowych zadań i nie ma potrzeby przyznania w tym zakresie jednostkom nowych, dodatkowych środków finansowych” (*ibidem*). Przyznany instrument polityki zdrowotnej nie narusza, zdaniem projektodawcy, obowiązków władz publicznych wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji, ponieważ „zakłada możliwość sfinansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ponad kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec danego świadczeniodawcy” (*ibidem*).

W trakcie pracy nad ustawą podnoszono argumenty, na które powołuje się wnioskodawca, ale także argumenty wzmacniające uzasadnienie projektu. Wskazywano, że ustawa odnosi się do dobrowolnego finansowania świadczeń gwarantowanych. Finansowanie świadczeń jest „dziś faktem” i obowiązuje na „szeroką skalę” poprzez tzw. programy profilaktyczne. W dyskusji zwracano uwagę na dobrowolność korzystania z tego instrumentu przez samorządy (zob. *Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia z 9 czerwca 2016 r.*).

Z powyższego wynika, iż zaskarżone przepisy zachowują samodzielność j.s.t. w zakresie finansowania świadczeń gwarantowanych. W gestii samorządu pozostaje decyzja o skorzystaniu z instrumentu przewidzianego w art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. Tytułem przykładu można wskazać korzystające z tzw. subwencji wyrównawczej województwo warmińsko-mazurskie, które wprowadziło szereg inwestycji poprawiających jakość usług medycznych, lecz nie przewidziało w budżecie żadnej sumy na finansowanie świadczeń gwarantowanych. Uwaga ta dotyczy także budżetu województwa mazowieckiego, który z takiej subwencji nie korzysta i realizuje szereg programów polityki zdrowotnej.

Z drugiej strony nie brak jest przykładów j.s.t., które podejmują próby zakupu świadczeń gwarantowanych na podstawie art. 9a i art. 9b u.ś.z.

Po trzecie, j.s.t. może podjąć decyzję, czy realizacja zadania, polegającego na promocji i ochronie zdrowia nastąpi poprzez program polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 u.ś.z., czy też przez zakup świadczeń gwarantowanych (najwięcej programów polityki zdrowotnej zgłaszają do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji samorządy z województwa mazowieckiego, z Dolnego Śląska oraz ze Śląska - zob. B. Skubel, R. Rudka, *op. cit.*, s. 13). Program ten obejmuje zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 u.ś.z.). Dotyczy on w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym (art. 48 ust. 3 u.ś.z.). Z kolei NFZ może dofinansowywać programy polityki zdrowotnej j.s.t., ale tylko w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych przez Ministra Zdrowia, w kwocie nieprzekraczającej: 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.; 40% środków przewidzianych na realizację programu pozostałych jednostek samorządu terytorialnego (art. 48d ust. 1 u.ś.z.). Z treści tego ostatniego przepisu wynika, iż program polityki zdrowotnej może obejmować także świadczenia gwarantowane. Co więcej, NFZ może także współfinansować taki program, który należy do zadań własnych j.s.t. Z drugiej jednak strony, programy polityki zdrowotnej pozwalają dostarczać mieszkańcom świadczenia zdrowotne spoza koszyka świadczeń gwarantowanych.

Po czwarte, słusznie podnosi wnioskodawca, że nie dysponuje on żadną swobodą w zakresie ustalania standardów i poziomu wykonywania świadczeń gwarantowanych (wniosek, s.14). Minister właściwy do spraw zdrowia określa bowiem w drodze rozporządzeń wykazy świadczeń gwarantowanych, a także warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń (art. 31 u.ś.z.). Przy ministrze działa Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (art. 31m u.ś.z.), do której zadań należy między innymi wydawanie rekomendacji w sprawie: kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego; określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego; usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych; zmiany technologii medycznej (technologia medyczna obejmuje leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne). Również minister może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 5 u.d.z.l., np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, Dz. U. poz. 2218). Trzeba wyjaśnić, że „Powyższe standardy dotyczą opieki nad pacjentem nie dotyczą procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów z określonym rozpoznaniem” (odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2014 r. na oświadczenie senatorskie, MZ-OZG-070-7/ES/14). A ponadto standardy medyczne jako dyrektywy diagnostyki i procesu leczenia powinny być ustalane w formie zaleceń (jako tzw. miękkie prawo) i ich określanie należy do odpowiednich towarzystw naukowych, dysponujących aktualną wiedzą w danej dziedzinie medycyny (*ibidem*). Opisane kompetencje Ministra Zdrowia mają na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń gwarantowanych i służą zachowaniu równego dostępu do tych świadczeń. Z kolei

j.s.t. nie ma ani wiedzy, kompetencji i umiejętności, aby ustalać np. techniki medyczne i procedury medyczne. Z drugiej jednak strony j.s.t., będąca organem tworzącym podmiot leczniczy, ma wpływ na jakość świadczonych usług, ponieważ sprawuje nadzór nad organizacją i pracą podmiotu leczniczego oraz jego zapleczem technicznym, co przekłada się na poziom opieki nad pacjentem.

Po szóste i najważniejsze, art. 9b u.ś.z. nie zobowiązuje, jak podnosi wnioskodawca, j.s.t. do finansowania wyłącznie tzw. nadlimitów wykonania świadczeń gwarantowanych wykonanych przez s.p.z.o.z., wobec których pełni ona funkcję właścicielskie. Wykładnia językowa i funkcjonalna art. 9a i art. 9b u.ś.z. wskazuje, że celem przepisów jest umożliwienie jednostce, w ramach jej zdolności finansowej, zakupu mieszkańcom świadczeń gwarantowanych. Prawodawca dążył, co wynika z uzasadnienia projektu ustawy, do wyeliminowania jedynie sytuacji, w której dochodzi do podwójnej zapłaty za jedno i to samo świadczenie wykonane przez świadczeniodawcę. Temu celowi służy art. 9b ust. 6 u.ś.z. Tak więc świadczenia wykonywane na podstawie umowy zawartej przez j.s.t. ze świadczeniodawcą mają charakter uzupełniający wobec kontraktu z NFZ i dotyczą wyłącznie usług nieobjętych tym kontraktem. Nie ma przy tym znaczenia, w jakiej formie działa świadczeniodawca, a więc czy jest podmiot publiczny, czy też prywatny. Jednostka samorządu terytorialnego może, na podstawie zaskarżonych przepisów, zawrzeć umowę ze świadczeniodawcą, wobec którego nie pełni funkcji właścicielskich, np. powiat zawiera umowę ze szpitalem prowadzonym przez samorząd województwa lub z prywatnym szpitalem, udzielającym świadczeń gwarantowanych na podstawie kontraktu z NFZ. Ponadto art. 9b u.ś.z. nie sprzeciwia się zawieraniu takich umów również z świadczeniodawcą, który nie pozostaje w stosunku umownym z NFZ.

5. Reasumując, zadania j.s.t. w zakresie ochrony zdrowia przejawiają się nie tylko w pełnieniu funkcji właścicielskiej, nadzorczej i organizacyjnej wobec s.p.z.o.z. Jednostki samorządu terytorialnego poprzez prowadzenie programów polityki zdrowotnej lub zakup świadczeń gwarantowanych służą swoim mieszkańcom, poprawiając dostęp do określonych świadczeń medycznych. Z kolei zaskarżone przepisy pozwalają, zdaniem Sejmu, na prowadzenie racjonalnej i skutecznej polityki zdrowotnej, ukierunkowanej na potrzeby lokalnych społeczności, o czym świadczą

przytoczone przykłady i argumenty. Samorząd terytorialny zachowuje przy tym pełną samodzielność decyzyjną.

Tym samym art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. w zakresie, w jakim odnosi się do świadczeń gwarantowanych udzielanych ponad kwotę zobowiązania Funduszu, **jest zgodny** z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 Konstytucji.

6. Konsekwencją przyjęcia przez Sejm stanowiska, w myśl którego, po pierwsze, art. 9a i art. 9b ust. 6 u.ś.z. są jedynie refleksem zadania własnego, polegającego na ochronie zdrowia; po drugie, wprowadzają jedynie dodatkowe instrumenty umożliwiające j.s.t. pełniejszą realizację tego zadania; po trzecie, służą zaspokojeniu potrzeb lokalnej społeczności, mając charakter *stricte* lokalny; po czwarte, zachowują pełną samodzielność decyzyjną i finansową j.s.t., jest konkluzja, iż zaskarżone przepisy nie nakładają na wnioskodawcę zadania zleconego. Tym samym art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.z. **jest zgodny** z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

7. Kolejny zarzut odnosi się do naruszenia zasady adekwatności, ponieważ ustawodawca nałożył, zdaniem wnioskodawcy, na j.s.t. nowe zadanie własne, polegające na finansowaniu tzw. nadlimitów i nie wyposażył jej w odpowiednie środki finansowe. Taki stan rzeczy powoduje, że art. 9a i art. 9b ust. 2 u.ś.z. jest niezgodny z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Ustosunkowując się do tak sformułowanego zarzutu Sejm pragnie wyjaśnić, że po pierwsze, prawny obowiązek zapłaty za tzw. nadlimity ciąży na NFZ. W sprawie o sygn. akt K 48/13 Trybunał wstąpił do Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ o ustosunkowanie się do tego problemu. „Minister Zdrowia w piśmie z 26 czerwca 2015 r. podkreślił, że zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia w myśl ustaw samorządowych należą do kategorii zadań własnych j.s.t. poszczególnych stopni. W ramach tych zadań jednostki samorządu terytorialnego pełnią funkcję podmiotu tworzącego dla SPZOZ, jeżeli taki podmiot leczniczy utworzyły lub jeżeli go prowadzą. Minister Zdrowia podkreślił przy tym, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń

pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Z uwagi na wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej NFZ finansuje te świadczenia do wysokości kwot określonych w umowie. Od tak finansowanych świadczeń odróżnić należy świadczenia udzielone przez świadczeniodawców w stanach nagłych z przekroczeniem kwoty zobowiązania wynikającej z umowy przewidzianej dla danego rodzaju świadczeń – tzw. ponadlimity, które, zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwem, NFZ jest obowiązany pokryć. Zdaniem Ministra Zdrowia, nadmierne zadłużanie się podmiotów leczniczych jest zjawiskiem związanym w znacznej mierze z nieefektywnym zarządzaniem posiadanymi zasobami lub z nieumiejętnie prowadzoną gospodarką finansową, a nie z kwestią tzw. nadwykonań. Nadzór nad gospodarką finansową SPZOZ sprawuje podmiot tworzący, który powinien na bieżąco reagować w razie pogarszania się sytuacji ekonomicznej i nie dopuścić do narastania zadłużenia, korzystając z instrumentów przewidzianych w u.d.l. Minister Zdrowia zwrócił uwagę, że obowiązek pokrywania ujemnego wyniku finansowego istniał przed wejściem w życie ustawy” (postanowienie TK z 19 lipca 2016 r., sygn. akt K 48/13).

Po drugie, w orzecznictwie sądowym ukształtował sobie drogę pogląd, w myśl którego „Podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nieprzewidziane, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych. [...] Podmiot leczniczy nie może być obciążony kosztami świadczeń udzielonych w stanach nagłych, ale to rozwiązanie ustawowe nie nakłada na podmiot, który zawarł umowę, takiego obowiązku, a ogranicza wynagrodzenie do zwrotu poniesionych uzasadnionych kosztów [...]. Reasumując stwierdzić należy, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia” (wyrok SN z 27 sierpnia 2015 r., sygn. akt CSK 455/14; por. wyroki SN z: 5 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02; 14 lipca 2006 r., sygn. akt 11 CSK 68/06; 8 sierpnia 2007 r., sygn. akt I CSK 125/07).

Z powyższego wynika, iż podmiot leczniczy ma roszczenie wobec NFZ za wykonanie świadczeń ratujących zdrowie lub życie i może dochodzić ich na drodze sądowej.

Po trzecie, nie można twierdzić, jak chce tego wnioskodawca, że kwestionowana regulacja wprowadziła odrębne zadanie własne (zob. pkt V.3 i 4 stanowiska). Ustanawia ona jedną z możliwych procedur, służących realizacji zadania własnego, polegającego na ochronie zdrowia. W celu jego wykonania, samorząd dysponuje własnymi źródłami dochodów, poza subwencjami i dotacjami. Zaskarżone przepisy nie ograniczają j.s.t. w zakresie dysponowania własnymi środkami. Organy samorządu mają w pełni zagwarantowane prawo decydowania o tym, czy sfinansują świadczenia gwarantowane i w jakim rozmiarze. Ocena zaś sytuacji finansowej należy wyłącznie do j.s.t., która działa na własną odpowiedzialność. Tak więc zaskarżone przepisy pozostawiają j.s.t. luz decyzyjny w kwestii doboru środków, procedur i instrumentów służących realizacji zadania własnego, ukierunkowanego na ochronę zdrowia.

Mając na uwadze dotychczasowe rozważania należy stwierdzić przede wszystkim, iż art. 9a w związku z art. 9b u.ś.z. nie nakłada na j.s.t. nowego zadania, polegającego na finansowaniu nadlimitów. Z kolei przywołany w charakterze wzorca kontroli art. 167 ust. 4 Konstytucji stanowi wprost o „zmianach w zakresie zadań i kompetencji”. Zestawienie treści wzorca kontroli z przedmiotem kontroli wskazuje zatem na brak pomiędzy nimi symetrii treściowej. Skoro zaskarżone przepisy nie zawierają norm prawnych pozostających w treściowym związku z art. 167 ust. 4 Konstytucji, to należy w konkluzjach przyjąć, że art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 w zakresie, w jakim odnosi się do świadczeń gwarantowanych udzielanych ponad kwotę zobowiązania Funduszu, **nie jest nie zgodny** z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU



Marek Kuchciński