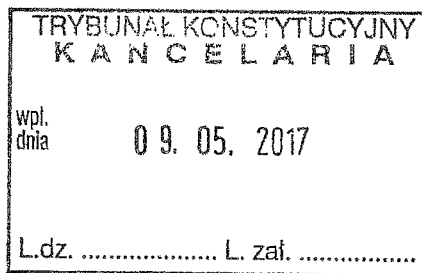




PK VIII TK 31.2017

(K 4/17)



TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku z wnioskiem Sejmiku Województwa Mazowieckiego o stwierdzenie, że art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 tej ustawy oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 960) jest niezgodny z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa 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 podmiotem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

- na podstawie art. 42 pkt 7 i art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym

(Dz. U., poz. 2072) w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 13 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz ustawę o statusie sędziów Trybunału Konstytucyjnego (Dz. U., poz. 2074) -

przedstawiam następujące stanowisko:

- art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) - w zakresie mechanizmu finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielenia przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit świadczeń opłaconych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia - jest zgodny z art. 166 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP i nie jest niezgodny z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;

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

UZASADNIENIE

Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: Wnioskodawca) wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności i stwierdzenie niezgodności art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

(aktualny tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej, u.d.l.) w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 tej ustawy oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 960, dalej: ustawa zmieniająca z 2016 r.) z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa 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 podmiotem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wnioskodawca wskazał, że wniosek dotyczy spraw objętych zakresem jego działania, jako organu stanowiącego samorządu województwa, i powołał w tym względzie art. 59 ustawy o działalności leczniczej, który określa obowiązki podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, oraz art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872), zgodnie z którym jednostki samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do przejęcia uprawnień podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu Wnioskodawca podniósł, że regulacje art. 59 ustawy o działalności leczniczej powodują, iż w przypadku niepokrycia przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej: SPZOZ) straty netto jednostka samorządu terytorialnego - jako podmiot tworzący - zobowiązana jest do podjęcia, jedynie w oparciu o kryteria ekonomiczne, decyzji o pokryciu straty netto SPZOZ albo o jego likwidacji. Tym samym art. 59 u.d.l. tylko na pozór odpowiada *ratio legis* wskazanej w uzasadnieniu projektu ustawy, to jest

wzmocnieniu nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego, i jedynie pozornie pozostawia pewien zakres swobody podmiotowi tworzącemu. W rzeczywistości alternatywy pozostawione jednostkom samorządu terytorialnego są pozorne, antyspołeczne i sprzeczne z konstytucyjnie ukształtowanym systemem rządzącym odpowiedzialnością, w tym finansową, władz publicznych za realizację zadań publicznych.

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

- nakłada on na samorząd terytorialny, w sposób ukryty i niedookreślony, obowiązek realizacji zadania publicznego, przez co narusza art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;
- pozostawia samorządowi województwa pozorny tylko wybór podjęcia jednej z decyzji przewidzianych w tych przepisach, 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 związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji;
- 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 Rzeczypospolitej Polskiej.

Uzasadniając zarzut niezgodności art. 59 u.d.l. z art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji, Wnioskodawca podniósł, że skutkiem kwestionowanej regulacji jest przerzucenie na samorząd regionalny obowiązku dotyczącego polityki zdrowotnej państwa, która winna być prowadzona przez władze centralne.

Wnioskodawca stwierdził, 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.

W przekonaniu 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, bez względu na przyczyny, które spowodowały stratę netto tych podmiotów.

U podłoża narastającego zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej leży, według Wnioskodawcy, wadliwy system finansowania opieki zdrowotnej, w tym systematyczne niedoszacowanie bądź zaniżanie kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz brak 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 i brak zapłaty za nadwykonania powodują, że w znacznej mierze ciężar finansowy udzielanych świadczeń przerzucany jest na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

a następnie, poprzez mechanizm wynikający z art. 59 u.d.l., przenoszony jest na podmioty tworzące, w tym samorzady województw.

Zdaniem Wnioskodawcy, przyjęty przez NFZ system rozliczania kontraktów, zgodnie z którym w pierwszej kolejności, przed świadczeniami planowymi, rozliczane są świadczenia ratujące życie, powoduje, że świadczenia udzielone pacjentom z tak zwanej kolejki NFZ rozlicza dopiero wtedy, gdy w ramach limitu z danej umowy pozostaną jakieś wolne środki. W konsekwencji podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za wykonane planowo, w ramach obowiązującego limitu, świadczenia zdrowotne.

Jako przykład ponoszenia przez jednostki samorządu terytorialnego skutków finansowych decyzji władz centralnych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych Wnioskodawca przytoczył przepis § 18 ust. 2 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 71/2016/DSOZ z dnia 30 czerwca 2016 r., uzależniający wysokość finansowania określonych świadczeń od rodzaju podmiotu tworzącego świadczeniodawcę. Zawarta w tym przepisie regulacja, zgodnie z którą w przypadku świadczeniodawców będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo instytut badawczy wykonujący działalność leczniczą, udzielających określonych w tym przepisie świadczeń wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona dla trybu hospitalizacji) dla wskazanych zakresów korygowana jest o współczynnik 1,2, w ocenie Wnioskodawcy, godzi w zasadę równego traktowania świadczeniodawców i jednocześnie spowoduje zwiększenie zadłużenia podmiotów leczniczych udzielających wymienionych w tym przepisie świadczeń zdrowotnych, a niespełniających wymogu dotyczącego rodzaju podmiotu tworzącego.

Następnie, powołując się na pogląd prezentowany w jednym z komentarzy do ustawy o działalności leczniczej, Wnioskodawca stwierdził, że obowiązek finansowania straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez samorząd województwa oznacza *de facto* obowiązek ponoszenia kosztów utrzymania tych zakładów w pełnym zakresie, niefinansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozwiązanie to 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 (aktualny tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.; dalej: u.ś.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. Nakładając, poprzez art. 59 u.d.l., na podmioty tworzące SPZOZ 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, jednak zadanie publiczne polegające na zapewnieniu wszystkim uprawnionym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie ma znamion lokalności czy regionalności, znaczenia, które dałoby się terytorialnie wyznaczyć.

Kontynuując swoje rozważania, Wnioskodawca podkreślił, że podział zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny winien następować w sposób wyznaczony przez art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej

Polskiej, który nie zna innej kategorii zadań samorządu terytorialnego niż zadania własne i zadania zlecone. Zdaniem Wnioskodawcy, obowiązek pokrywania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie może być uznany ani za zadanie własne samorządu (w rozumieniu art. 166 ust. 1 Konstytucji), ani za zadanie zlecone (przewidziane w art. 166 ust. 2 Konstytucji), gdyż ustawodawca nie wyposażył samorządów w możliwość kreatywnego oddziaływania na sposób realizacji tego obowiązku w zakresie wymaganym dla zadań zleconych, a tym bardziej zadań własnych.

Ponadto ustawodawca nie pozwala samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na sfinansowanie „osiągniętej straty” ze środków uzyskanych w kolejnych latach, co z kolei rodzi po stronie samorządu województwa, jako podmiotu tworzącego, automatyczny obowiązek finansowania każdego deficytu tych zakładów. Nawet fakt przedstawienia przez kierownika SPZOZ podmiotowi tworzącemu programu naprawczego, który daje szansę poprawy wyniku finansowego w kolejnych latach, nie wstrzymuje obowiązku pokrycia straty netto lub obowiązku likwidacji zakładu. Tak więc skutkiem każdej z decyzji, pozostającej, z woli ustawodawcy, w gestii jednostki samorządu terytorialnego, będącej podmiotem tworzącym dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który wykazał stratę netto za rok obrotowy i nie jest w stanie pokryć tej straty we własnym zakresie, jest konieczność realizacji zadania polegającego na sfinansowaniu niedoborów finansowych tego zakładu.

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. 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 straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W istocie nakłada na podmiot tworzący prawny obowiązek takiego działania lub obowiązek poniesienia kosztów likwidacji zakładu w każdym przypadku wykazania przez ów podmiot straty netto 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, przez jednostki samorządu terytorialnego, odpowiedzialności 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 likwidacji SPZOZ. Taka alternatywa jest antyspołeczna i znacznie utrudnia realizację nałożonych na samorządy przez art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zadań. Według Wnioskodawcy, konstrukcja zaskarżonego przepisu 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 jeśli budżet podmiotu tworzącego nie pozwoli na pokrycie ujemnego wyniku finansowego SPZOZ, to podmiot ten będzie zmuszony do wdrożenia procedury likwidacji zadłużonej placówki. I choć taka

ewentualność winna być 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 SPZOZ. Będąc pod przymusem ekonomicznym, nie może się on uchylić od wdrożenia procedury likwidacyjnej zadłużonego SPZOZ, 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.

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.

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, że zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych.

Zdaniem Wnioskodawcy, treść art. 38 ust. 1 ustawy zmieniającej z 2016 r., zgodnie z którym obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l., stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania

finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy, wskazuje, że w praktyce obowiązek podjęcia uchwały o likwidacji SPZOOZ wystąpi dopiero w 2019 r.

Na jednostki samorządu terytorialnego nałożony został tym samym 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 2016 r., poz. 486 ze zm.; dalej: ustawa o samorządzie województwa). 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. Spowoduje to więc w najbliższych latach realną konieczność pokrywania niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – ponoszenia kosztów ich przekształceń lub likwidacji przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. Z kolei likwidacja SPZOZ, 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 niezgodna z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Do wniosku dołączono tabelaryczne zestawienia wartości ujemnych wyników finansowych podmiotów leczniczych, pokrytych w latach 2013 – 2016 przez województwo mazowieckie, i pożyczek udzielonych podmiotom leczniczym w latach 2013 - 2016 oraz spłaty z tytułu uruchomionych poręczeń dokonanych przez województwo mazowieckie, a także wykaz zobowiązań

przejętych przez województwo mazowieckie w związku z przekształceniem SPZOZ - ów w trybie ustawy o działalności leczniczej w latach 2013 – 2016 oraz kopie dziesięciu uchwał Sejmiku Województwa Mazowieckiego dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych, jak również kopię stanowiska Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na Mazowszu.

Trybunał Konstytucyjny, po wstępnym rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym powyższego wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego, postanowieniem o sygn. Tw 26/16 z dnia 23 marca 2017 r. postanowił nadać temu wnioskowi dalszy bieg. W uzasadnieniu Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że Sejmik Województwa Mazowieckiego wykazał, iż zaskarżone przepisy art. 59 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61 tej ustawy oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy zmieniającej z 2016 r. dotyczą sytuacji prawnej Wnioskodawcy, który domaga się kontroli aktu normatywnego w sprawach objętych jego zakresem działania, a także że Wnioskodawca prawidłowo wyznaczył przedmiot kontroli i wzorce kontroli, jak również sporządził odpowiednie uzasadnienie wniosku, w którym określił problem konstytucyjny i wskazał argumenty na poparcie zarzutu niekonstytucyjności.

Przedstawienie merytorycznego stanowiska dotyczącego wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego wymaga uprzedniego omówienia kwestii formalnych, związanych z zakresem i dopuszczalnością jego rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny.

W ramach wstępnej kontroli wniosku, przeprowadzonej stosownie do art. 61 ust. 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U., poz. 2072; dalej: uoTK) legitymacja

Wnioskodawcy do zainicjowania postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym nie została zakwestionowana.

Pozytywny wynik wstępnej kontroli wniosku nie przesądza jednak o późniejszym merytorycznym badaniu zarzutów objętych wnioskiem.

Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą, Trybunał Konstytucyjny na każdym etapie postępowania zobligowany jest do kontroli, czy nie zachodzi negatywna przesłanka procesowa wyłączająca dopuszczalność merytorycznej oceny zgłoszonych zarzutów, skutkująca obligatoryjnym umorzeniem postępowania (*vide* - postanowienia Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 14 grudnia 1999 r., sygn. SK 15/99, OTK ZU nr 7/1999, poz. 169; z dnia 5 grudnia 2001 r., sygn. K. 31/00, OTK ZU nr 8/2001, poz. 269; z dnia 21 października 2003 r., sygn. SK 41/02, OTK ZU nr 8/A/2003, poz. 89; z dnia 30 maja 2007 r., sygn. SK 67/06, OTK ZU nr 6/A/2007, poz. 64 oraz z dnia 20 grudnia 2007 r., sygn. SK 67/05, OTK ZU nr 11/A/2007, poz. 168).

Jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 25 stycznia 2017 r., sygn. SK 4/15, „*[w] szczególności możliwe jest przeprowadzenie badania skargi konstytucyjnej pod kątem spełnienia przesłanek postępowania, w tym przesłanek formalnych, także po zakończeniu - określonej w art. 61 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (...) - procedury wstępnej kontroli oraz umorzenie postępowania w sytuacji, gdy wydanie orzeczenia byłoby niedopuszczalne ze względu na ujawnione dopiero na tym etapie postępowania przeszkody (...). Składu rozpoznającego sprawę nie wiąże bowiem stanowisko zajęte w zarządzeniu lub postanowieniu Trybunału wydanym w ramach rozpoznania wstępnego.*” (OTK ZU A/2017, poz. 1).

W równej mierze dotyczy to wniosku uprawnionych podmiotów o ograniczonej legitymacji wnioskowej, kontrolowanych wstępnie na podstawie tego samego art. 61 uoTK.

Zgodnie z art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji, organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego może wystąpić z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego w sprawach, o których mowa w art. 188 ustawy zasadniczej.

Akt normatywny, kwestionowany we wniosku pochodzącym od organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego, musi przy tym dotyczyć spraw objętych zakresem jego działania (art. 191 ust. 2 Konstytucji). Uznanie, że dana sprawa jest objęta zakresem działania jednostki samorządu terytorialnego, wymaga przy tym, aby była to sprawa wyrażająca interes wspólny, o charakterze publicznym. Musi to być też taka sprawa, która pozwala utożsamić cel wystąpienia z wnioskiem z istotnymi cechami podmiotu, któremu taką ograniczoną legitymację Konstytucja przyznaje (*vide* – postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2001 r., sygn. K. 28/00, OTK ZU nr 8/2001, poz. 263). Zaliczenie danej sprawy do zakresu działania samorządu zawsze musi następować w drodze przepisu prawnego (L. Garlicki, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Tom V, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2007, uwagi do art. 191, str. 10).

W niniejszej sprawie z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego wystąpił Sejmik Województwa Mazowieckiego, na podstawie uchwały nr 118/16 podjętej w dniu 5 września 2016 r., którą dołączono do wniosku. Uchwała ta określa przedmiot i wzorce kontroli, które są tożsame z zakresem zaskarżenia wskazanym we wniosku. Kwestionowane we wniosku przepisy określają konsekwencje finansowe wykazania przez SPZOZ straty netto, w tym obowiązki podmiotu tworzącego (art. 59 u.d.l.) i odpowiadające im „uprawnienie” SPZOZ do uzyskania środków na pokrycie straty netto od podmiotu tworzącego (art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l.), konsekwencje finansowe likwidacji SPZOZ dla podmiotu tworzącego (art. 61 u.d.l.) oraz wskazują, kiedy po raz pierwszy powstaje obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym

mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. (art. 38 ust. 1 ustawy zmieniającej z 2016 r.), a zatem dotyczą sprawy objętej zakresem działania Wnioskodawcy, który jest podmiotem tworzącym dla określonych SPZOZ.

Wniosek inicjujący hierarchiczną kontrolę norm musi spełniać - poza ogólnymi wymaganiami dotyczącymi pism procesowych - również szereg innych warunków formalnych właściwych dla natury postępowania przed Trybunałem.

Zgodnie z art. 47 ust. 2 uoTK, uzasadnienie wniosku złożonego przez podmiot, o którym mowa w art. 191 ust. 1 pkt 1-5 Konstytucji, musi zawierać precyzyjne oznaczenie przedmiotu zaskarżenia wraz z wykładnią, wskazanie adekwatnych wzorców kontroli wraz z wykładnią, określenie problemu konstytucyjnego oraz zarzutów niekonstytucyjności, a ponadto przedstawienie przekonujących argumentów lub dowodów uzasadniających trafność zarzutów.

Ciężar udowodnienia niezgodności zaskarżonego przepisu ze wskazanymi wzorcami konstytucyjnymi spoczywa na wnioskodawcy. Jak bowiem wielokrotnie wskazywał Trybunał Konstytucyjny, „<<[c]iężar dowodu spoczywa na podmiocie kwestionującym zgodność ustawy z [K]onstytucją i dopóki nie powoła on konkretnych i przekonujących argumentów prawnych na rzecz swojej tezy, dopóty Trybunał Konstytucyjny uznawać będzie kontrolowane przepisy za konstytucyjne. W przeciwnym razie (...) Trybunał przekształciłby się w organ orzekający z inicjatywy własnej>> (...). Trybunał nie może wyręczać wnioskodawcy w doborze argumentacji właściwej do podnoszonych wątpliwości lub - wychodząc poza granice określone we wniosku - całkowicie modyfikować podstaw kontroli” (postanowienie z dnia 1 marca 2017 r., sygn. K 13/14, OTK ZU A/2017, poz. 10 oraz powołane w nim wcześniejsze orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego).

„Sanowaniu przez Trybunał uchybień formalnych pisma procesowego mającego inicjować postępowanie nie może też służyć zasada *falsa demonstratio non nocet* (...). Z orzecznictwa wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że

<<[p]owołanie się na tę zasadę może mieć miejsce tylko wtedy, gdy podmiot inicjujący postępowanie przed Trybunałem stawia zarzuty i je uzasadnia, lecz błędnie (nie trafnie) rekonstruuje treść normatywną przepisów. Trybunał nie jest jednakże w stanie uzupełnić pytania prawnego [wniosku lub skargi konstytucyjnej] o wzorce kontroli niewskazane przez sąd pytający [wnioskodawcę lub skarżącego] ani zdjąć z sądu ciężaru obowiązku obalenia domniemania konstytucyjności.>> (...). <<[P]roceduralna reguła falsa demonstratio non nocet nie stanowi alternatywy wobec zasady związania granicami pisma procesowego - nie można bowiem przyjąć, że Trybunał ma obowiązek w każdym wypadku automatycznie «poszukiwać» dodatkowych wzorców kontroli konstytucyjności i «uzupełniać» pisma procesowe wnioskodawców o niewymienione w nich i - w opinii Trybunału - trafniejsze wzorce konstytucyjne>> (...). Uwagi te należało odnieść odpowiednio do wymagania precyzyjnego wskazania treści żądania we wniosku jak i dokładnego oznaczenia przedmiotu i zakresu zaskarżenia” (postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 marca 2017 r., sygn. K 40/13, OTK ZU A/2017, poz. 12 oraz powołane w nim orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego).

W niniejszej sprawie, w *petitum* wniosku, jako przedmiot zaskarżenia wskazano cały art. 59 u.d.l., co nie w pełni odpowiada określonemu przez Wnioskodawcę zakresowi zaskarżenia, który został ograniczony do świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez SPZOZ ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ.

Artykuł 59 u.d.l. składa się z 4 ustępów i jedynie ust. 2 dotyczy określonego przez Wnioskodawcę zakresu zaskarżenia. Pozostałe jednostki redakcyjne art. 59 u.d.l., stanowią:

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

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

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

Przepisy te nie mają bezpośredniego związku z kwestionowanym przez Wnioskodawcę mechanizmem finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielenia przez SPZOZ świadczeń ponadlimitowych.

Ponadto analiza wniosku wskazuje, że pomimo zaskarżenia art. 59 u.d.l. w całości, Wnioskodawca w istocie nie kwestionuje zgodności z Konstytucją regulacji zawartych w ust. 1, 3 i 4 tego przepisu, a sformułowane zarzuty nie dotyczą zawartej w nich treści normatywnej. W uzasadnieniu wniosku Wnioskodawca nie wskazał, na czym miałyby polegać niezgodność przepisów ust. 1, 3 i 4 art. 59 u.d.l. ze wskazanymi wzorcami kontroli, i nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie postawionego zarzutu w tym zakresie, a cała argumentacja odnosi się do ust. 2 zaskarżonego art. 59 u.d.l.

W tej sytuacji należy uznać, że w tej części wniosek nie spełnia warunków określonych w art. 47 ust. 2 pkt 3 i 4 uoTK, wobec czego zachodzi przesłanka niedopuszczalności orzekania w tym zakresie przez Trybunał Konstytucyjny. Postępowanie w zakresie kontroli konstytucyjności art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. winno zatem podlegać umorzeniu, na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 uoTK.

Powołując, obok przepisów art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l. i art. 61 u.d.l., jako związkowy, art. 38 ust. 1 ustawy zmieniającej z 2016 r., Wnioskodawca nie podał, na czym, w świetle zakresowo określonego przedmiotu zaskarżenia, miałyby polegać związek tego przepisu z kwestionowaną regulacją dotyczącą

finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielenia przez SPZOZ świadczeń ponadlimitowych.

Tymczasem art. 38 ust. 1 ustawy zmieniającej z 2016 r., stanowiąc, że *„[o]bowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy”*, jest przepisem przejściowym, określającym jedynie termin, w którym po raz pierwszy podmiot tworzący zobowiązany jest podjąć decyzję o likwidacji SPZOZ. Nie można więc przyjąć, że przepis ten dotyczy kwestii wchodzącej w zakres zaskarżenia, którym Wnioskodawca objął tylko finansowanie świadczeń ponadlimitowych przez podmiot tworzący.

W związku z powyższym, przedmiotem kontroli w tej sprawie winny być przepisy art. 59 ust. 2 u.d.l., z uwzględnieniem - wskazanych jako związkowe - przepisów art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l. i art. 61 u.d.l.

Art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, który jest przedmiotem kontroli w tej sprawie, ma następujące brzmienie:

„2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

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

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

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

Z kolei, wskazane jako związkowe, przepisy art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 u.d.l. stanowią:

„Art. 55. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe: (...)

6) na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1”;

„Art. 61. 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. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.”.

Zdaniem Wnioskodawcy, określając w kwestionowanych przepisach warunki odpowiedzialności jednostki samorządu terytorialnego - jako podmiotu tworzącego - za ujemny wynik finansowy SPZOZ, ustawodawca złamał określony w Konstytucji system podziału zadań publicznych między państwo a samorząd terytorialny i zasadę samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego oraz wykroczył poza konstytucyjnie wyznaczoną swobodę regulowania prawa równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i naruszył, wskazane związkowo, przepisy art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - w zakresie obowiązku pokrycia przez samorząd województwa kosztów świadczeń zrealizowanych przez SPZOZ poza limitem wynikającym z umowy z NFZ.

Zestawienie przepisów będących przedmiotem kontroli w kontekście podanych przez Wnioskodawcę wzorów kontroli i zachodzących pomiędzy nimi relacji oraz zarzutów niekonstytucyjności i sposobu ich uzasadnienia wskazuje, że, ujęty w *petitum* wniosku związkowo z art. 166 ust. 1 i 2 oraz art. 2 Konstytucji, art. 68 ust. 2 Konstytucji winien stanowić autonomiczną podstawę kontroli, tak jak wskazany przez Wnioskodawcę, jako odrębny wzorzec kontroli, art. 167 ust. 4 ustawy zasadniczej.

Analiza zawartości normatywnej zakwestionowanych przepisów w kontekście wskazanych wzorców kontroli nie pozwala podzielić podniesionego przez Wnioskodawcę zarzutu niekonstytucyjności.

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 (aktualny tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 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 Wewnętrznego, 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. z 2016 r., poz. 371 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. 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.).

Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym, utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej; jednostki

budżetowej; jednostki wojskowej; samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej; jednostki budżetowej i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Natomiast uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej (art. 6 ust. 1, 2 i 6 u.d.l.). Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej (art. 50a ust. 1 u.d.l.).

Podstawową kategorią publicznych organów założycielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są jednostki samorządu terytorialnego, którym po raz pierwszy powierzono tę funkcję w ramach reformy samorządowej, wprowadzonej ustawą z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.; dalej: ustawa reformująca administrację publiczną). 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 samorzady 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.

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 kierownika (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, SPZOK zobowiązany jest pokrywać we własnym zakresie stratę netto, w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1. Jeśli jednak nie jest to możliwe, działania naprawcze w tym względzie obowiązany jest podjąć podmiot tworzący. Podmiot tworzący jest obowiązany - co należy przypomnieć - w terminie 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 w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji SPZOK (art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l.). Niezależnie od tego, 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 (art. 59 ust. 4 u.d.l.).

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

Zgodnie z art. 121 ust. 1 u.d.l., nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Jest to nadzór w zakresie zgodności działań podmiotu leczniczego z przepisami prawa zarówno powszechnie obowiązującego, jak i aktów wewnętrznych (statut, regulamin organizacyjny). 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

lecniczego 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 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 tej ustawy, 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.

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.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, jest - co do zasady - umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem (art. 132 ust. 1 u.ś.o.z.). Wyjątkiem jest jedynie, przewidziane w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., prawo świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy, do wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez NFZ udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie (art. 132 ust. 4 u.ś.o.z.).

Wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 5 u.ś.o.z.).

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). Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza zakresem umowy zawartej z NFZ określane są jako ponadlimitowe.

Świadczenia opieki zdrowotnej mogą też być finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (art. 9a u.ś.o.z.). Finansowanie to odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert (art. 9b ust. 1 u.ś.o.z.).

Przyjętym w systemie instrumentem zarządzania dostępem do limitowanych świadczeń są listy oczekujących. 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.

Powołany przez Wnioskodawcę jako główny, podstawowy wzorzec kontroli art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji stanowi:

„1. Zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne.

2. 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.”.

W przepisie tym ustawodawca konstytucyjny podzielił zadania publiczne wykonywane przez samorząd terytorialny na własne i zlecone.

Cechą zadań własnych jest ich charakter lokalny, polegający na tym, że służą one zaspokajaniu zbiorowych potrzeb społeczności samorządowej. Identyfikacja potrzeb zbiorowych jako potrzeb lokalnych ma swe odniesienie zarówno indywidualne, gdy chodzi o potrzeby tylko tej danej jednostki samorządowej (np. szczególnego rodzaju zadania kulturalne, związane z historią danej wspólnoty), jak i kategorialne, a więc odnoszące się do potrzeb zbiorowych uznawanych powszechnie za takie, które wymagają zaspokojenia przez wszystkie samorządy, np. w zakresie gospodarki komunalnej.

Zadania zlecone skierowane są natomiast na zaspokajanie potrzeb zorganizowanego w państwo całego społeczeństwa. Przede wszystkim jednak, w świetle Konstytucji, kryterium odróżniającym zadania własne i zlecone jest zakres samodzielności jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do ich wykonywania (A. Niezgoda, *Ustrojowy aspekt podziału zasobów z wykorzystaniem dochodów własnych*, [w] *Podział zasobów publicznych między administrację rządową i samorządową*, Lex/el 2012).

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 (tak Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. K 30/04, OTK ZU nr 7/A/2006, poz. 86).

Zadania zlecone są natomiast jedynie przekazane jednostkom samorządu terytorialnego do wykonywania. Zakres i sposób ich realizacji określają ustawy. Chodzi bowiem o to, by wykonywanie zadań zleconych, służących zaspokajaniu potrzeb społeczności narodowej, a nie wyłącznie potrzeb poszczególnych społeczności samorządowych, kształtować zgodnie z jednolitą polityką w skali państwa. Implikuje to mniejszy zakres samodzielności organów jednostek samorządu terytorialnego (*vide* - A. Niezgoda, *op. cit.* oraz powołane tam orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego).

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. To oznacza, że podstawowym źródłem finansowania zadań własnych powinny być

dochody własne samorządu (*vide* – powołany wcześniej wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. K 30/04).

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego art. 166 ust. 1 Konstytucji uważany jest za jeden z przepisów określających zasadę samodzielności samorządu terytorialnego, zgodnie z którą jednostki samorządu terytorialnego, wykonując zadania publiczne, uczestniczą, w zakresie określonym przez ustawodawcę, w sprawowaniu władzy państwowej w granicach przyznanej im przez prawo i prawem chronionej samodzielności.

Zgodnie z art. 16 ust. 2 Konstytucji, „[s]amorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część władzy publicznej samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”.

Samodzielności j.s.t., jako wartości chronionej i gwarantowanej konstytucyjnie, nie wolno absolutyzować, skoro samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne "w ramach ustaw", w myśl art. 16 ust. 2 Konstytucji. Ustawodawca jest zatem uprawniony do ingerowania w sferę samodzielności jednostek samorządu terytorialnego. Podstawowym warunkiem formalno-proceduralnym ograniczenia samodzielności jednostki samorządu terytorialnego jest możliwość nałożenia na jednostkę określonego obowiązku wyłącznie w ustawie. Równocześnie zaś ograniczenie to musi spełniać warunki materialnoprawne, tj. znajdować uzasadnienie w konstytucyjnie określonych celach i chronionych wartościach, którym ustawodawca dał pierwszeństwo przed zasadą samodzielności j.s.t. (*vide* – m.in. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2008 r., sygn. K 19/07, OTK ZU nr 10/A/2008, poz. 182).

Według Wnioskodawcy, zaskarżone przepisy nałożyły na samorząd województwa zadanie „finansowania niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” (*vide* - strony 4, 6 i 7 wniosku).

Jednak kwestionowane przez Wnioskodawcę przepisy nie mówią o zadaniach samorządu terytorialnego, o jakich stanowi art. 166 ust. 1 i 2, art. 167 ust. 4 oraz pozostałe przepisy Konstytucji dotyczące zadań publicznych.

Jak bowiem stwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 12 października 2004 r., sygn. K 31/02, „[p]rzez "przypadające samorządowi zadania" należy rozumieć część zadań publicznych o charakterze ogólnym, ustrojowym, jakie Konstytucja i ustawy przypisują władzom lokalnym. Są to zatem zadania (...), takie jak np. zapewnienie ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej, wyrażające się m.in. w pełnieniu funkcji organizatorskich jako organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez jego organ założycielski - zarówno państwowy, jak i samorządowy - jest jedynie następstwem prawnym przyjętego zadania, nie zaś samym zadaniem w rozumieniu art. 167 ust. 1 Konstytucji” (OTK ZU nr 9/A/2004, poz. 91).

O konieczności prawidłowego identyfikowania zadań publicznych powierzonych jednostkom samorządu terytorialnego, które nie mogą być utożsamiane z ustalonymi przez ustawodawcę obowiązkami służącymi realizacji tych zadań, przypomniał też Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 9 czerwca 2010 r., sygn. K 29/07, w którym stwierdził, że „żaden z zakwestionowanych przepisów, wbrew stanowisku zaję[emu] we wniosku, nie pozwala na stwierdzenie, że zadaniem własnym gminy jest "gwarantowanie statusu określonej grupy zawodowej". Zaskarżona regulacja przewiduje, że zadaniem własnym gminy jest zakładanie i prowadzenie publicznych przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów, w których gmina ma obowiązek zapewnić kształcenie, wychowanie i opiekę. Spełnienie tego obowiązku pozwoli w konsekwencji na realizację konstytucyjnego zadania państwa, jakim jest zapewnienie obywatelom powszechnego i równego dostępu do bezpłatnej nauki w

szkołach publicznych (art. 70 ust. 4 w związku z art. 70 ust. 2 Konstytucji)” (OTK ZU nr 5/A/2010, poz. 49).

Również w doktrynie powszechnie przyjmuje się, że zadaniem jest określony cel, który musi osiągnąć samorząd, kompetencją jest natomiast zespół praw i obowiązków organu, obejmujący prawne formy działania, czyli formy realizacji zadań (*Konstytucja RP. Tom I. Komentarz. Art. 1-86*, red. M. Safjan i L. Bosek, wyd. C. H. Beck 2016 r., s. 422-423 oraz powołana tam literatura). Zadania to normatywne wyznaczenie w sposób ogólny celów (wartości), które ma osiągnąć w swojej działalności samorząd, lub określone kierunki działań, przy wzięciu pod uwagę zakresu rzeczowego spraw należących do samorządu. Zadania są przedmiotem lub stanem rzeczy osiąganym dzięki kompetencjom (T. Moll [w] *Ustawa o samorządzie gminnym*, red. B. Dolnicki, Wolters Kluwer 2016, teza 1 do art. 6).

Zadaniem samorządu województwa jest więc pełnienie przezeń funkcji organizatorskich w zakresie promocji i ochrony zdrowia, jako podmiot tworzący publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w szczególności SPZOZ, w celu zapewnienia ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przewidziane w art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. uprawnienia i obowiązki, dotyczące pokrycia straty netto lub podjęcia decyzji o likwidacji SPZOZ, oraz wynikająca z art. 61 u.d.l. konieczność przejęcia zobowiązań i należności SPZOZ po jego likwidacji, są zaś jedynie sposobem realizacji zadania, a nie samym zadaniem.

Zadanie pełnienia funkcji podmiotu tworzącego SPZOZ zostało powierzone samorządowi województwa na mocy ustawy (pierwotnie - na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy reformującej administrację publiczną, aktualnie - na podstawie art. 6 ust. 2 u.d.l.). W ustawie został też określony sposób realizacji tego zadania i wynikające z tego uprawnienia i obowiązki jednostki samorządu terytorialnego. Został więc zachowany wymóg formalno-proceduralny

ograniczenia samodzielności jednostki samorządu terytorialnego w postaci nałożenia na jednostkę określonego zadania wyłącznie w ustawie.

Problematyka ochrony zdrowia należy do zadań własnych zarówno gminy, powiatu, jak i województwa. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa, „[s]amorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie: (...) promocji i ochrony zdrowia”. Sprecyzowanie tak ogólnie sformułowanego zadania następuje w ustawach określających konkretne uprawnienia i obowiązki samorządu województwa w tym względzie. Do ustaw tych należą w szczególności ustawa o działalności leczniczej i ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zadanie polegające na pełnieniu przez samorząd województwa funkcji podmiotu tworzącego dla SPZOZ ma niewątpliwie lokalny charakter, gdyż dotyczy wyłącznie zakładów leczniczych działających na terenie danego województwa, które udzielają świadczeń zdrowotnych głównie mieszkańcom tego regionu, a więc służy zaspokajaniu potrzeb wspólnoty regionalnej.

Pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla SPZOZ odpowiada też wypracowanym w orzecznictwie konstytucyjnym kryteriom „samodzielności” i „kreatywności” zadania własnego jednostki samorządu terytorialnego, w tym również w zakresie odpowiedzialności finansowej za stratę netto SPZOZ.

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.

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 we własnym zakresie, to należy zgodzić się z Wnioskodawcą, że ustawa o działalności leczniczej istotnie nie ogranicza 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 straty netto podległego samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej i dalszej działalności tej placówki w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej, czy też o jej likwidacji. W tym pierwszym wypadku, zgodnie z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l., podmiot tworzący pokrywa stratę netto za rok obrotowy podległego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, a więc z funduszu SPZOZ, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji. 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 świetle uregulowań ustawy 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 tymi zakładami, a zakres przedmiotowy tego nadzoru dotyczy przede wszystkim

gospodarki finansowej owych zakładów. 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 - również 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 straty netto SPZOZ.

Rola jednostki samorządu terytorialnego nie sprowadza się przy tym do automatycznej spłaty zobowiązań podległych jej samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Mechanizm wynikający z art. 59 ust. 2 u.d.l. pozostawia bowiem samorządowi województwa 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, który zdecyduje o tym, czy dla społeczności lokalnej pożądane będzie dalsze utrzymywanie zadłużonej placówki czy jej 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 zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczności regionalnej. Podnosząc bowiem ten zarzut, Wnioskodawca nie wskazuje, jakie rozwiązanie gwarantowałoby swobodę w tym zakresie i kto miałby ponosić odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, które

przecież podlegają jednostkom samorządu terytorialnego. Regulacja przyjęta w art. 59 ust. 2 u.d.l. ma zapobiegać nadmiernemu zadłużaniu się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i mobilizować podmioty tworzące, sprawujące nadzór nad tymi zakładami, do podejmowania w odpowiednim czasie skutecznych działań, które będą temu przeciwdziały.

Podkreślić przy tym należy, że o braku samodzielności samorządu województwa nie może świadczyć, powołany przez Wnioskodawcę, fakt ustawowego określenia sposobu ponoszenia odpowiedzialności finansowej za stratę netto SPZOZ. Jak bowiem przypomniał Trybunał Konstytucyjny, kwalifikując, w wyroku z dnia 28 listopada 2013 r., sygn. K 17/12, utrzymanie czystości i porządku w gminach jako zadanie własne w rozumieniu art. 166 ust. 1 Konstytucji, „... *nie oznacza to nieograniczonej autonomii jednostki samorządu terytorialnego w zakresie określania zasad, form i finansowania realizacji tegoż zadania. Art. 16 ust. 2 Konstytucji, stanowiąc o wykonywaniu zadań publicznych w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność, wskazuje wszakże ramy ustawowe, w których może działać jednostka samorządu terytorialnego. Nie ma zatem konstytucyjnego uzasadnienia twierdzenie wnioskodawcy, że kwalifikacja zadań jako zadań własnych wymaga pozostawienia jednostkom samorządu terytorialnego nieograniczonej kompetencji w zakresie stanowienia o formach i zasadach, a także finansowaniu tych zadań*” (OTK ZU nr 8/A/2013, poz. 125).

W związku z tym należy uznać, że pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla SPZOZ, wraz z ukształtowanym przez ustawodawcę w art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 u.d.l. mechanizmem odpowiedzialności finansowej, będącej konsekwencją tego zadania, stanowi zadanie własne samorządu województwa, w rozumieniu art. 166 ust. 1 Konstytucji.

Odnosząc się natomiast do podniesionej w tym kontekście obszernej argumentacji Wnioskodawcy dotyczącej niedostatecznej wyceny świadczeń zdrowotnych przez NFZ oraz nieprawidłowości mających mieć miejsce przy

rozliczaniu przez NFZ świadczeń udzielonych przez SPZOZ, w szczególności świadczeń zrealizowanych w warunkach przymusu ustawowego, wynikającego z art. 15 u.d.l., należy zauważyć, że kwestie te nie są objęte zakresem regulacji określonym treścią normatywną zaskarżonych przepisów.

Zgodnie z zasadą związania Trybunału Konstytucyjnego granicami zaskarżenia (art. 67 uoTK), sposób oznaczenia przez wnioskodawcę przedmiotu zaskarżenia i wzorców oraz treść zarzutów wyznaczają ramy orzekania Trybunału w konkretnej sprawie. W orzecznictwie przyjęto, że przy określaniu wzorców kontroli Trybunał Konstytucyjny ma obowiązek wziąć pod uwagę nie tylko *petitum* pisma rozpoczynającego postępowanie, ale także *"treści normatywne, które podmiot inicjujący postępowanie wiąże z tymi przepisami"* (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 marca 2006 r., sygn. SK 4/05, OTK ZU nr 3/A/2006, poz. 29). *„Nie znaczy to jednak, że reguła falsa demonstratio non nocet stanowi alternatywę wobec zasady związania Trybunału granicami pisma procesowego. W świetle ustawy o Trybunale Konstytucyjnym nie można bowiem przyjąć, że Trybunał ma obowiązek w każdym wypadku automatycznie "poszukiwać" dodatkowych wzorców kontroli konstytucyjności i "uzupełniać" pisma procesowe wnioskodawców o niewymienione w nich i - w opinii Trybunału - trafniejsze wzorce konstytucyjne. Praktyka taka byłaby sprzeczna nie tylko z wyraźnym w tym zakresie brzmieniem art. 66 ustawy o TK, ale także z ogólną zasadą dyspozycyjności postępowania przed Trybunałem, w myśl której postępowanie jest wszczynane na wniosek uprawnionego podmiotu i we wskazanym przez ten podmiot zakresie"* (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 marca 2007 r., sygn. K 28/05, OTK ZU nr 3/A/2007, poz. 24). Wskazanie to odnosi się również do właściwego oznaczenia przedmiotu i zakresu zaskarżenia.

W niniejszej sprawie nie występują żadne przesłanki ewentualnego rozszerzenia wniosku o przepisy u.ś.o.z. odnoszące się do sposobu wyceny

świadczeń zdrowotnych oraz regulacje dotyczące finansowania świadczeń ponadlimitowych, które nie zostały wskazane przez Wnioskodawcę w *petitum*.

Tym samym podniesione w uzasadnieniu wniosku argumenty, mające dowodzić tezy o „ukrytym” obciążeniu samorządu województwa obowiązkiem finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, których koszty winien pokrywać NFZ, należy uznać za pozostające poza zakresem wniosku i niemogące mieć znaczenia dla rozstrzygnięcia Trybunału Konstytucyjnego w tej sprawie.

W związku z powyższym jedynie na marginesie trzeba odnotować, iż, odwołując się do problematyki świadczeń zrealizowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego, wynikającego z art. 15 u.d.l., i podnosząc zarzut, że koszty tych świadczeń winny być refundowane ze środków NFZ, jednakże Fundusz nie chce ich pokrywać w całości bądź kwestionuje zasadność ich dużej części, Wnioskodawca nie zauważył, że zwrot kosztów udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych nie jest uzależniony od woli Narodowego Funduszu Zdrowia, ale stanowi jego obowiązek, który ma swoje umocowanie w powszechnie obowiązujących przepisach.

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 orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych nie budzi obecnie wątpliwości pogląd, prezentowany 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 NFZ oraz ustalonych w tej umowie limitów, czy też stanowiły tak zwane świadczenia ponadlimitowe (*vide* - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., sygn. V CSK 272/08, LEX nr 530613 i powołane tam orzeczenia; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 19 stycznia 2012 r., sygn. I ACa 1337/11, LEX nr 1164675; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013 r., sygn. V ACa 136/13, LEX nr 1344033; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., sygn. 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 (*vide* - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r., sygn. 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.

Ustalenie, że pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla SPZOZ należy do ustawowych zadań własnych samorządu województwa, powoduje, iż w tym zakresie wzorzec kontroli z art. 166 ust. 2 Konstytucji, który odnosi się do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, a nie zadań własnych, należało uznać za nieadekwatny (tak też w analogicznej sytuacji orzekł Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 23 października 2012 r., sygn. U 1/10, stwierdzając w uzasadnieniu: *„Ustalenie, że ewidencjonowanie niepublicznych placówek doskonalenia nauczycieli należy do ustawowych zadań własnych samorządu województwa powoduje, że w powyższym zakresie wzorce kontroli z art. 166 ust. 2 Konstytucji i art. 14 ust. 2 ustawy o samorządzie województwa, które odnoszą się do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, a nie zadań własnych, należało uznać za nieadekwatne”* (OTK ZU nr 9/A/ 2012, poz. 108).

Następny, powołany przez Wnioskodawcę związkowo, wzorzec kontroli - art. 2 Konstytucji - stanowi: *„Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.”*

Przepis ten wyraża trzy odrębne zasady konstytucyjne: państwa demokratycznego, prawnego i sprawiedliwości społecznej. Zasady te są ze sobą ściśle powiązane funkcjonalnie oraz treściowo. Powiązanie to polega przede wszystkim na tym, że zasady te treściowo nie mają w pełni rozłącznego charakteru. W ujęciu art. 2 Konstytucji RP warunkiem koniecznym funkcjonowania państwa prawnego jest jego demokratyczny charakter oraz realizacja zasad sprawiedliwości społecznej. Zasada państwa prawnego mieści w sobie ponadto wiele zasad szczegółowych, które mają wpływ na rozumienie zasady państwa demokratycznego i sprawiedliwości społecznej (*vide - Konstytucja RP. Tom I. Komentarz. op. cit., s. 217 oraz powołana tam literatura*).

W niniejszej sprawie Wnioskodawca zarzucił ustawodawcy złamanie, składających się na zasadę państwa prawnego, zasady ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa (określanej też jako zasada lojalności) poprzez naruszenie zasady poprawnej legislacji.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał znaczenie zasady ochrony zaufania jednostki do państwa i do stanowionego przez nie prawa. Zgodnie z ustalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, *„zasada zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa opiera się na pewności prawa, a więc takim zespole cech przysługujących prawu, które zapewniają jednostce bezpieczeństwo prawne; umożliwiają jej decydowanie o swoim postępowaniu w oparciu o pełną znajomość przesłanek działania organów państwowych oraz konsekwencji prawnych, jakie jej działania mogą pociągnąć za sobą. Jednostka winna mieć możliwość określenia zarówno konsekwencji poszczególnych zachowań i zdarzeń na gruncie obowiązującego w danym momencie systemu jak też oczekiwać, że prawodawca nie zmieni ich w sposób arbitralny. Bezpieczeństwo prawne jednostki związane z pewnością prawa umożliwia więc przewidywalność działań organów państwa, a także prognozowanie działań własnych”* (wyrok z dnia 14 czerwca 2000 r., sygn. P. 3/00, OTK ZU nr 5/2000, poz. 138).

Analizując swoje wcześniejsze orzecznictwo, Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 19 listopada 2008 r., sygn. Kp 2/08, stwierdził: *„W dotychczasowym orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego odnaleźć można szereg bardziej szczegółowych dyrektyw i ocen, skierowanych do prawodawcy, będących konsekwencjami respektowania powyższej zasady; w szczególności następujących:*

- zasada pewności prawa podważana jest szczególnie przez niejasność i niespójność regulacji (...), zwłaszcza wtedy, gdy powoduje ona rozbieżność

rozumienia norm prawnych i konieczność wchodzenia w spór prawny z organami państwa, (...);

- zasada ochrony zaufania do państwa i prawa powinna być tym silniej respektowana, im dłuższa jest w danej sferze życia perspektywa czasowa podejmowanych działań (...);

- niedopuszczalne jest, aby najpierw namawiać obywateli do pewnego rozwiązania, a następnie traktować osoby, które „dały się na to nabrać”, gorzej niż osoby, które zignorowały zachęty ustawodawcy (...);

- jeśli zapewniono obywatela, że przez pewien czas obowiązywać go będą pewne reguły, a obywatel ów – kierując się tym zapewnieniem – rozpoczął konkretne działania, to reguł tych nie można już zmieniać na niekorzyść obywatela (...);

- <<przyjmowane przez ustawodawcę nowe unormowania nie mogą zaskakiwać ich adresatów, którzy powinni mieć czas na dostosowanie się do zmienionych regulacji i spokojne podjęcie decyzji co do dalszego postępowania>> (...);

- <<prawodawca, wprowadzając zmiany w systemie prawnym – powinien [...] preferować rozwiązania najmniej uciążliwe dla jednostki i ustanawiać regulacje, które ułatwią adresatom dostosowanie się do nowej sytuacji>> (...).

Trybunał Konstytucyjny wyprowadził z zasady ochrony zaufania jednostki do państwa i prawa również zasadę ochrony praw nabytych” (OTK ZU nr 9/A/2008, poz. 157).

Również, stanowiąca element demokratycznego państwa prawnego, zasada poprawnej legislacji, wywodzona z art. 2 Konstytucji, była już wielokrotnie przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego. W swoim orzecznictwie Trybunał konsekwentnie prezentuje 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 (*vide* - wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2003 r., sygn. K 53/02, OTK ZU nr 8/A/2003, poz. 83 oraz 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 (*vide* - wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 27 listopada 2006 r., sygn. K 47/04, OTK ZU nr 10/A/2006, poz. 153 i z dnia 5 grudnia 2007 r., sygn. K 36/06, OTK ZU nr 11/A/2007, poz. 154).

Równocześnie, w wyroku z dnia 3 grudnia 2002 r., sygn. P 13/02 (OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 90), Trybunał Konstytucyjny podkreślił: „*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 niejedności 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. Dotykać one winny prawnie chronionych interesów adresatów norm prawnych i występować w pewnym nasileniu”.

Analiza argumentów powołanych jako uzasadnienie zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji wskazuje, że Wnioskodawca przytacza te same okoliczności w odniesieniu do obu wskazanych zasad: poprawnej legislacji oraz zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa.

W ocenie Wnioskodawcy, kwestionowana regulacja nie spełnia standardów prawidłowej legislacji, gdyż ustawodawca nie dopełnił wymogu określoności przepisu. 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 NFZ nadwykonania świadczeń zdrowotnych.

Żadne zarzuty Wnioskodawcy nie odnoszą się natomiast do, wynikających z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, elementów składających się na zasadę lojalności. Poprzestając w tym względzie na powtórzeniu stwierdzenia, że prawidłowe przekazanie zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego przez ustawodawcę powinno nastąpić wprost, w sposób dookreślony i w drodze ustawy (str. 9 wniosku), Wnioskodawca nie wskazał bowiem, w jaki sposób miałyby dojść do naruszenia komponentów zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, co sugeruje, że Wnioskodawca zdaje się utożsamiać obie te zasady.

W świetle powyższego trzeba stwierdzić, że zarzuty Wnioskodawcy nie wskazują na „kwalifikowany” charakter niejasności zaskarżonych przepisów. Jak wykazano 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 NFZ, 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 art. 59 ust. 2 u.d.l. - mogą pośrednio 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, „*[k]ażdy ma prawo do ochrony zdrowia*”. Ust. 2 tego przepisu stanowi zaś: „*Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*”.

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 wyroku 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 kategorię 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” (ibidem).

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” (*ibidem*).

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. Przewidziana w art. 59 ust. 2 u.d.l. alternatywa może spowodować konieczność likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to 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.

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 otwarty wciąż pozostaje problem, 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 art. 20 u.ś.o.z.), a także 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.

Odrębnym wzorcem kontroli w niniejszej sprawie Wnioskodawca uczynił art. 167 ust. 4 Konstytucji, który stanowi: *„Zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych.”*

Przepis ten jest ściśle związany z pozostałymi przepisami zawartymi w art. 167 Konstytucji, w szczególności z ust. 1, zgodnie z którym *„[j]ednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań”*.

Jak bowiem wielokrotnie podkreślał Trybunał Konstytucyjny, *„Konstytucja ujmuje art. 167 Konstytucji w zakresie, w jakim służy samodzielności finansowej jednostek samorządu, jako funkcjonalnie powiązany zespół norm. Ustęp 1 tego przepisu zapewnia jednostkom samorządu terytorialnego udział w dochodach publicznych odpowiedni do przypadających im zadań. Ustęp 2 wskazuje rodzaje dochodów, które muszą występować w systemie finansowym samorządu. Ustęp 3 nakazuje, aby zmiany w dochodach dokonywały się w formie ustawowej. Ustęp 4 przesądza natomiast, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego towarzyszyć powinna „odpowiednia” zmiana podziału dochodów publicznych. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego poszczególne normy wyrażone w art. 167 Konstytucji nie powinny być interpretowane w oderwaniu od innych norm wyrażonych w tym przepisie”* (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z

dnia 6 września 2005 r., sygn. K 46/04, OTK ZU nr 8/A/2005, poz. 89; tak samo Trybunał Konstytucyjny w wyrokach: z dnia 30 marca 1999 r., sygn. K. 5/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 39 i z dnia 18 września 2006 r., sygn. K 27/05, OTK ZU nr 8/A/2006, poz. 105).

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

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

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

Samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego, określona w art. 167 ust. 1 Konstytucji, wyraża się w zapewnieniu tym jednostkom dochodów, pozwalających na realizowanie przypisanych im zadań publicznych, pozostawiając im swobodę w kształtowaniu wydatków (z uwzględnieniem jednak

zastrzeżeń ustawowych) oraz stworzeniu odpowiednich gwarancji formalnych i proceduralnych w tym zakresie (*vide* – wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 grudnia 2007 r., sygn. K 52/05, OTK ZU nr 11/A/2007, poz. 159). Samodzielność ta jest ściśle związana z wykonywaniem przez samorząd terytorialny zadań publicznych w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność, o czym stanowi art. 16 ust. 2 Konstytucji (*vide* - wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 3 listopada 1998 r., sygn. K. 12/98, OTK ZU nr 6/1998, poz. 98 i 18 grudnia 2008 r., sygn. K 19/07, OTK ZU nr 10/A/2008, poz. 182).

Obowiązujący mechanizm finansowania zadań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, w tym zadań własnych, pod kątem respektowania proklamowanej w Konstytucji zasady samodzielności finansowej tych jednostek, stanowił przedmiot kontroli i rozważań Trybunału Konstytucyjnego.

W wyroku z dnia 26 września 2013 r., w sprawie o sygn. K 22/12, Trybunał Konstytucyjny przypomniał, że treścią zasady samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego jest *„prawo samodzielnego prowadzenia gospodarki finansowej, czyli pobierania dochodów określonych w ustawach i dysponowania nimi, tak by móc realizować ustalone ustawowo zadania (...). W związku z powyższym, jednym z głównych celów tej zasady jest zapewnienie jednostce samorządu terytorialnego środków finansowych odpowiednich do realizacji powierzonych jej zadań”* (OTK ZU nr 7/A/2013, poz. 95).

Szeroko o wymogu „odpowiedniości” (adekwatności) udziału jednostek samorządu terytorialnego w dochodach publicznych Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się w uzasadnieniu wyroku z dnia 31 stycznia 2013 r., w sprawie o sygn. K 14/11, w którym, po analizie dotychczasowego orzecznictwa konstytucyjnego, stwierdził: *„W świetle przepisów Konstytucji kompetencja w*

zakresie ustalenia podziału dochodów między państwo a samorząd terytorialny należy do władzy ustawodawczej. Stosując konstytucyjną zasadę zachowania odpowiednich proporcji między wysokością dochodów jednostek samorządu terytorialnego a zakresem przypadających im zadań, należy uwzględnić szeroki margines oceny, jaki prawodawca konstytucyjny pozostawił legislatywie w związku z alokacją środków finansowych. W kompetencji Trybunału Konstytucyjnego nie leży kontrola decyzji w tym zakresie z punktu widzenia ich trafności. Nie dotyczy to jedynie sytuacji, gdy ustawodawca narusza konstytucyjne zasady podziału dochodów między państwo a samorząd terytorialny, stanowiąc regulacje, które prowadzą do oczywistych dysproporcji między zakresem zadań jednostek samorządu terytorialnego a wysokością ich dochodów. Za taką interpretacją zakresu kompetencji parlamentu przemawiają m.in. art. 216 i art. 217 Konstytucji (...).

Z art. 167 ust.1 i 4 Konstytucji wynikają dyrektywy dla ustawodawcy i Rady Ministrów zagwarantowania środków finansowych odpowiednich do realizowanych przez j.s.t. zadań. Ponieważ konstytucyjna podstawa określenia tych zadań i sposób ich realizacji ma charakter względny, dyrektywy te mają charakter programowy i instrumentalny. Jedyne wiążący zakaz wynikający z cytowanych przepisów dotyczy ukształtowania środków finansowych na takim poziomie, który uniemożliwia realizację zadań j.s.t.

Podsumowując, zasada adekwatności rozumiana jako konstytucyjna dyrektywa programowa ma szeroki zakres zastosowania oraz normowania i jest adresowana przede wszystkim do ustawodawcy. Ustawodawca powinien wprowadzać rozwiązania gwarantujące optymalne dostosowanie poziomu finansowania do wykonywanych przez j.s.t. zadań. Natomiast zasada adekwatności rozumiana jako wiążąca norma prawna ma dużo węższy zakres normowania sprowadzający się do zakazu przyznawania j.s.t. środków finansowych na poziomie uniemożliwiającym wykonanie powierzonych im zadań.

Tylko w tym ostatnim znaczeniu zasada adekwatności może stanowić wzorzec hierarchicznej kontroli norm. Potwierdza to utrwalone orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego. Jeszcze raz należy podkreślić, że źródłem złożonego normatywnego charakteru zasady adekwatności jest względny, uzależniony od wielu czynników pozakonstytucyjnych, zakres i sposób realizacji zadań, o których mowa w art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji.

Ogólność katalogu zadań, odmiennosc ich zakresu i treści w poszczególnych jednostkach samorządu, sprawia, że Trybunał Konstytucyjny ingeruje w sferę swobody politycznej parlamentu jedynie w wypadku ewidentnie niewspółmiernego ukształtowania dochodów w relacji do kosztów ponoszonych w związku z realizacją przypadających samorządowi zadań, wówczas gdy dochodzi do <oczywistych dysproporcji> między zakresem zadań a środkami, w jakie wyposażone zostają j.s.t. (...). <Chodzi o to, by wpływy z dochodów własnych, subwencji i dotacji zapewniały wszystkim samorządom możliwość wypełniania - przynajmniej na poziomie minimalnym - zadań, które ustawowo i obligatoryjnie są na samorząd nałożone. Tak należy rozumieć zasadę adekwatności> (wyrok z 25 lipca 2006 r., sygn. K 30/04)" (OTK ZU nr 1/A/2013, poz. 7).

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 NFZ, bez przekazania na ten cel środków finansowych z budżetu centralnego.

W związku z tym należy w pierwszym rzędzie wskazać, że kwestionowane we wniosku przepisy, jak już wcześniej stwierdzono w niniejszym stanowisku, nie mówią o jakimkolwiek zadaniu samorządu terytorialnego, w rozumieniu art. 167 ust. 4 lub art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Przewidziane w art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. uprawnienia i obowiązki, dotyczące pokrycia straty netto lub podjęcia decyzji o likwidacji SPZOZ, oraz regulacje zawarte w wymienionych w *petitum* przepisach związkowych 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 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 u.d.l. 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