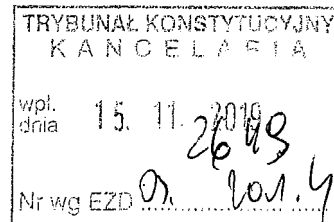


Warszawa, dnia 13.11.2019 r.

**TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY**

Al. J. Ch. Szucha 12a  
00 – 918 Warszawa



**Wnioskodawca:**

Sejmik Województwa Mazowieckiego

**reprezentowany przez:**

r. pr. dr Tomasz Zalański,

Kancelaria Domarński Zakrzewski Palinka sp.k.

Rondo ONZ 1

00 – 124 Warszawa

Sygn. K 4/17

**PISMO PROCESOWE WNIOSKODAWCY**

**- odniesienie się do uwag sformułowanych w stanowiskach: Sejmu RP, Prokuratora Generalnego oraz Ministra Zdrowia**

W imieniu Wnioskodawcy, działając na podstawie pełnomocnictwa znajdującego się w aktach sprawy o sygn. K 4/17 – w związku z przedstawieniem przez Prokuratora Generalnego pismem z dnia 8 maja 2017 r., przez Sejm RP pismem z dnia 19 lipca 2017 r. oraz przez Ministra Zdrowia pismem z dnia 24 sierpnia 2018 r., stanowisk w sprawie wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego – po analizie tychże stanowisk w całości **podtrzymują dotychczasowe zarzuty oraz tezy zawarte we wniosku o kontrolę konstytucyjności prawa z dnia 21 grudnia 2016 r. (dalej: Wniosek).**

W odniesieniu do tez zawartych we wskazanych wyżej stanowiskach, w imieniu Wnioskodawcy, pragnę przedstawić poniższe uwagi polemiczne.

Wnioskodawca przedstawia ponadto aktualizację danych finansowych dołączonych do Wniosku oraz informację obrazującą kondycję finansową podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Mazowieckie.

## I. Stanowisko Prokuratora Generalnego

Prokurator Generalny w stanowisku z dnia 8 maja 2017 r. (dalej: **Stanowisko PG**) uznał zakwestionowane przepisy art. 59 ust. 2 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: **Ustawa o działalności leczniczej**) za zgodne z art. 166 ust. 1 w zw. z art. 2, art. 68 ust. 2, art. 166 ust. 2 oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji RP. W pozostałym zakresie wniósł o umorzenie sprawy z uwagi na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

W pierwszej kolejności Prokurator Generalny (dalej także: **PG**) odniósł się w swym stanowisku do kwestii formalnych, stwierdzając, że niektóre z zakwestionowanych przepisów (tj. art. 59 ust. 1,3,4 Ustawy o działalności leczniczej oraz art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej, dalej: **Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej**) „nie mają bezpośredniego związku z kwestionowanym przez Wnioskodawcę mechanizmem finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielania przez SPZOZ świadczeń ponadlimitowych”<sup>1</sup>. W ocenie PG oznacza to, że w zakresie dotyczącym tych przepisów sprawa powinna zostać przez TK umorzona z uwagi na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

Dokonując analizy konstytucyjności przepisów art. 59 ust. 2 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 Ustawy o działalności leczniczej PG podnosi następujące argumenty przemawiające za uznaniem wskazanych przepisów za zgodne z Konstytucją RP:

- 1) Prokurator Generalny odwołując się do ustawy o samorządzie województwa<sup>2</sup>, zgodnie z którą samorząd „wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie (...) promocji i ochrony zdrowia”<sup>3</sup>, Ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą samorząd województwa jako podmiot tworzący dysponuje odpowiednimi instrumentami nadzoru nad SPZOZ, co odpowiada standardom samodzielności jednostek samorządu terytorialnego i pozwala na odpowiednio wczesne zarządzenie ich złą sytuacją finansową, a także ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>, która przewiduje instrumenty zarządzania dostępem do limitowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz określa zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: **NFZ**), stwierdza, 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.”<sup>5</sup>. Jako zadanie własne tego samorządu udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno być zatem finansowane ze środków samorządu województwa.

<sup>1</sup> Jw., s. 23.

<sup>2</sup> Jw. s. 26-43.

<sup>3</sup> Art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (DZ. U. poz. 512, tekst jedn. z 2019 r. ze zm.).

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1373, tekst jedn. z 2019 r. ze zm.).

<sup>5</sup> Stanowisko PG s. 43.

- 2) Problem niedostatecznej wyceny oraz ewentualne nieprawidłowości mające miejsce przy rozliczaniu świadczeń przez NFZ nie są objęte zakresem regulacji zaskarżonych przepisów. Tym samym PG dochodzi do wniosku, że „*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.*”<sup>6</sup>.
- 3) Zdaniem PG „*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 obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa.*”<sup>7</sup> „*Wnioskodawca nie wykazał bowiem, w jaki sposób miałyby dojść do naruszenia komponentów zasady zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, co sugeruje, że Wnioskodawca zdaje się utożsamiać obie te zasady.*”<sup>8</sup> PG odstąpił zatem od analizy kwestionowanych przepisów z punktu widzenia zgodności z zasadą zaufania obywateli do państwa. W odniesieniu do zasad prawidłowej legislacji PG stwierdził natomiast, że kwestionowane regulacje pozostają z nią zgodne, gdyż ewentualne wątpliwości można rozwiązać w drodze ich wykładni.<sup>9</sup>
- 4) Prokurator Generalny stoi na stanowisku, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie może być identyfikowany z nieprzerwanym funkcjonowaniem wszystkich samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej<sup>10</sup>. Ponadto gwarancje realizacji praw, o których mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, przewiduje Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, której przepisy nie są objęte przedmiotem zaskarżenia w niniejszej sprawie.

## II. Stanowisko Sejmu RP

Sejm RP w stanowisku z dnia 19 lipca 2017 r. (dalej: **Stanowisko Sejmu RP**) wnosi o stwierdzenie przez Trybunał Konstytucyjny, że zakwestionowane przepisy art. 59 ust. 2 w związku z art. 61 Ustawy o działalności leczniczej oraz w związku z art. 38 ust. 1 Nowelizacji ustawy o działalności leczniczej, są zgodne z art. 166 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP i nie są niezgodne z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji. W pozostałym zakresie Sejm RP wnosi o umorzenie postępowania z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.

Sejm RP – podobnie jak wcześniej PG – stoi na stanowisku, że legitymacja procesowa Wnioskodawcy pozwala na zakwestionowanie konstytucyjności jedynie przepisów art. 59 ust. 2 w związku z art. 61 Ustawy o działalności leczniczej, a także – dodatkowo – art. 38 ust. 1 Nowelizacji ustawy o działalności leczniczej, gdyż przepisy te należą do sfery objętej zakresem działania Wnioskodawcy.

<sup>6</sup> Jw. s. 45.

<sup>7</sup> Jw. s. 51.

<sup>8</sup> Jw. s. 52.

<sup>9</sup> Jw. s. 53.

<sup>10</sup> Jw. s. 57.

W ramach analiz formalnej Sejm RP zwraca także uwagę na „deficyt w warstwie argumentacyjnej” w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji RP. Zdaniem Sejmu RP Wnioskodawca nie dopełnił obowiązku należytego uzasadnienia zarzutu naruszenia zasady lojalności, co daje podstawy do wniosku o umorzenie postępowania w tym zakresie. W odniesieniu do drugiego wzorca kontroli, wynikającego z art. 2 Konstytucji RP, tj. zasady prawidłowej legislacji, Sejm RP stwierdza, że „analiza uzasadnienia prowadzi do wniosku, że Wnioskodawca zdaje się nie mieć żadnych problemów z odczytaniem treści normatywnej regulacji poddanej ocenie trybunalskiej, wydobywa z niej obowiązki, które na nim ciążyą i kwestionuje ich zakres względem s.p.z.o.z., którego jest podmiotem prowadzącym.”<sup>11</sup> Na tej podstawie Sejm RP stwierdza, że „nie ma podstaw do merytorycznej oceny zaskarżonego unormowania w świetle tego standardu konstytucyjnego” zarówno w odniesieniu do zasady zaufania obywateli do państwa, jak i zasady określoności przepisów prawa<sup>12</sup>.

Sejm RP uznaje zatem, że przedmiotem kontroli konstytucyjności w niniejszej sprawie powinny stać się przepisy art. 59 ust. 2 w zw. z art. 61 Ustawy o działalności leczniczej, w związku z art. 38 ust. 1 Ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, a wzorcami kontroli konstytucyjności przepisy art. 68 ust. 2, art. 166 ust. 1 i 2 oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Analizę merytoryczną Sejm RP rozpoczął od odniesienia się do zasad podziału zadań w zakresie ochrony zdrowia między samorząd terytorialny a państwo<sup>13</sup>. Przedstawił w tym zakresie pogląd opierający się na następujących тезach:

- 1) Przenoszenie z państwa na województwo samorządowe zadania publicznego w postaci obowiązku finansowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w zakresie nieobjętym finansowaniem przez NFZ, jest w pełni zgodne z Konstytucją RP i stanowi przejaw realizacji zasady pomocniczości<sup>14</sup>.
- 2) Ustawodawca nałożył zatem na jednostki samorządu terytorialnego szereg zadań związanych z ochroną zdrowia, które to zadania są realizowane jako zadania własne samorządu terytorialnego. Przesądza o tym treść art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa, zgodnie z którym „samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie: (...) promocji i ochrony zdrowia”. Skoro zatem samorząd województwa jest podmiotem tworzącym dla SPZOZ, to – zdaniem Sejmu RP – jego działalność służy zaspokajaniu potrzeb wspólnoty województwa, która powinna je sfinansować<sup>15</sup>.
- 3) „Zadanie publiczne z zakresu ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 in fine u.s.w.) wyraża się m.in. w pełnieniu przez j.s.t. – jako podmioty założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – funkcji organizatorskich i nadzorczych. Natomiast sam obowiązek przejęcia zobowiązań finansowych przez podmiot prowadzący jest jedynie następstwem prawnym realizowanego zadania oraz pełnionej ww. funkcji. Z tego względu nietrafne jest kwalifikowanie kwestionowanej regulacji jako odrębnego zadania własnego.”<sup>16</sup>

<sup>11</sup> Stanowisko Sejmu RP, s. 13.

<sup>12</sup> Jw., s. 13 – 14.

<sup>13</sup> Jw. s. 16 – 33.

<sup>14</sup> Jw. s. 19 – 20.

<sup>15</sup> Jw., s. 22.

<sup>16</sup> Jw. s. 31.

Jednakże na kolejnej stronie swego stanowiska Sejm przedstawia pogląd: „Z powyższych względów, Sejm uznaje, że na gruncie art. 59 ust. 2 w związku z art. 61 u.d.l. oraz art. 38 ust. 1 u.z.u.d.l. mamy do czynienia z realizacją zdania własnego samorządu województwa i wobec tego zakwestionowana regulacja jest zgodna z art. 166 ust. 1 Konstytucji.”<sup>17</sup> W dalszej części Stanowiska Sejmu RP stwierdza się natomiast, że uprawnienia i obowiązki wynikające z zakwestionowanej regulacji są „refleksem zadań własnych” jednostki samorządu terytorialnego.

- 4) Następnie Sejm RP – dokonując analizy kwestionowanej regulacji z punktu widzenia zasady adekwatności – stwierdza, że „w świetle przedmiotu zaskarżenia oraz przywołanych przez wnioskodawcę zarzutów, Sejm poddaje w wątpliwość adekwatność powołanego w charakterze wzorca art. 167 ust. 4 konstytucji RP.”<sup>18</sup> Zdaniem Sejmu RP zarzut postawiony przez Wnioskodawcę „opiera się na nieuprawnionym założeniu, że u.d.l. nałożyła na j.s.t. nowe zadanie i nie przewidziała wymaganych w ust. 4 art. 167 Konstytucji równoległych środków na jego realizację.”<sup>19</sup>
- 5) Samorząd terytorialny posiada szereg instrumentów prawnych składających się na tzw. nadzór właścicielski, którego wzmocnienie miała na celu nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej. Samorząd może zatem: „na bieżąco monitorować kondycję finansową prowadzonego s.p.z.o.z., aby w razie potrzeby sięgnąć po adekwatny instrument, jakim dla przykładu może być zbycie części mienia w celu uzyskania dodatkowych środków”.<sup>20</sup> Sejm podkreśla, że samorząd może także przeznaczyć na finansowanie świadczeń ochrony zdrowia dochody z dzierżawy, najmu, czy użytkowania aktywów trwałych SPZOZ.
- 6) Trudności w uzyskaniu przez samorząd województwa od NFZ kosztów za świadczenia udzielone w warunkach przewidzianych w art. 15 Ustawy o działalności leczniczej „odnoszą się raczej do sfery stosowania prawa, która nie podlega kognicji Trybunału Konstytucyjnego.”<sup>21</sup>

Następnie w swym Stanowisku Sejm RP odniósł się do obowiązku władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>22</sup>. W tym zakresie Sejm RP stawia tezę, zgodnie z którą „Sejmik utożsamia zadanie władz publicznych, którego źródłem jest art. 68 ust. 2 Konstytucji, z obowiązkiem nieprzerwanego funkcjonowania s.p.z.o.z., zaś w obowiązku jego likwidacji uzasadnianej jedynie względami ekonomicznymi upatruje znaczne utrudnienie w realizacji zadań przewidzianych w tym przepisie Konstytucji. W opinii Sejmu, taka perspektywa postrzegania zasady zapewnienia równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest nieuprawniona.”<sup>23</sup> Sejm następnie rozwija tę tezę stwierdzając, że „można zgodzić się z wnioskodawcą, że likwidacja s.p.z.o.z. przez j.s.t. może wytworzyć przejściową barierę w dostępie do świadczeń. Pogląd ten należy jednak opatrzyć komentarzem, iż w świetle art. 6 pkt 1 u.s.o.z. zadaniem władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest m.in. tworzenie warunków

<sup>17</sup> Jw., s. 32.

<sup>18</sup> Jw., s. 35.

<sup>19</sup> Jw.

<sup>20</sup> Jw., s. 30.

<sup>21</sup> Jw., s. 28.

<sup>22</sup> Jw., s. 37 – 43.

<sup>23</sup> Jw., s. 40.

*funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Wynika stąd obowiązek j.s.t. by na jej terytorium funkcjonował jakiś podmiot leczniczy. Jednostka samorządu terytorialnego może zrealizować to zadanie np. tworząc nowy s.p.z.o.z. z wykorzystaniem mienia po zlikwidowanym s.p.z.o.z.”<sup>24</sup>*

Sejm przypomina ponadto, że zgodnie z Konstytucją – dla potwierdzenia przywołując orzeczenie K 14/03 – „ustawodawca zwykły, realizując własne cele polityczne i społeczne, może swobodnie kształtować model ochrony zdrowia, pod warunkiem, że część świadczeń jest finansowana ze środków publicznych.”<sup>25</sup>.

### III. Stanowisko Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia zgodnie z art. 65 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym<sup>26</sup> został zobowiązany przez Prezesa Rady Ministrów do przedstawienia stanowiska Rady Ministrów zawierającego analizę skutków finansowych orzeczenia w sprawie K 4/17. Minister Zdrowia w stanowisku z dnia 24 sierpnia 2018 r. (dalej: **Stanowisko MZ**) skupił się jednak przede wszystkim omówieniu zadań i obowiązków jednostek samorządu terytorialnego oraz wysunął tezę, że zadłużenie SPZOZ jest wynikiem wadliwego zarządzania tymi placówkami przez ich dyrektorów oraz braku należytego nadzoru ze strony jednostek samorządu terytorialnego.

Na końcu swojego stanowiska Minister Zdrowia informuje jedynie, że „szacunkowe skutki finansowe dla budżetu państwa dotyczące sprawozdań finansowych za 2017 r. wyniosłyby około 160 mln zł, przy czym skutki takie nie są uwzględnione w ustawie budżetowej na 2018 r.”<sup>27</sup>.

Minister Zdrowia nie precyzuje czy wskazana kwota dotyczy jednostek samorządu terytorialnego z całego kraju i wszystkich szczebli samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo), czy tylko Województwa Mazowieckiego. Wnioskodawca, odnosząc tę kwotę do wyników finansowych własnych SPZOZ, przyjmuje założenie, że kwota 160 mln zł dotyczy wykonania orzeczenia, o treści zgodnej z *petitum* Wniosku<sup>28</sup>, wobec wszystkich jednostek samorządu terytorialnego w skali kraju i wskazuje konsekwencje sytuacji finansowej SPZOZ istniejącej w ostatnim dniu 2017 r.

### IV. Odniesienie się do uwag Prokuratora Generalnego, Sejmu RP oraz Ministra Zdrowia

Analiza treści przywołanych wyżej stanowisk PG, Sejmu RP oraz MZ (dalej łącznie: **Uczestnicy postępowania**) skłania Wnioskodawcę do podtrzymania wszystkich tez oraz zarzutów naruszenia Konstytucji RP zawartych we Wniosku. Argumenty przywołane przez uczestników postępowania na

---

<sup>24</sup> Jw.

<sup>25</sup> Jw. s. 42.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072 ze zm.).

<sup>27</sup> Stanowisko MZ, s. 4.

<sup>28</sup> Wnioskodawca nie ma jednak pewności, czy Minister Zdrowia uwzględnił, że *petitum* Wniosku ma charakter zakresowy i po jego ewentualnym uwzględnieniu przez TK zakwestionowane przepisy, w tym art. 59 ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej, nadal będą pozostawały częścią obowiązującego porządku prawnego.

poparcie tezy o zgodności kwestionowanych przepisów z Konstytucją RP są – w ocenie Wnioskodawcy – nietrafne. Co więcej, przyjęty kierunek argumentacji, wykładni obowiązujących przepisów, a także sposób postrzegania przez Uczestników postępowania zadań i obowiązków państwa w systemie ochrony zdrowia, w tym zadań NFZ, gwarancji realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji), a także miejsca jednostek samorządu terytorialnego w tym systemie, z uwagi na swoją oczywistą bezzasadność paradoksalnie – wbrew zamierzeniom Uczestników postępowania – wzmacniają argumentację Wnioskodawcy. W ich świetle wyraźnie widoczne stają się bowiem zarówno problemy konstytucyjne wskazane przez Wnioskodawcę, mieszczące się w ramach ograniczonej legitymacji wnioskowej, jak i inne poważne problemy konstytucyjne dotyczące systemu ochrony zdrowia (np. regulowanie zagadnień objętych zasadą wyłączności ustawowej w drodze aktów wewnętrznych NFZ, brak określoności koszyka świadczeń gwarantowanych, uznaniowość i brak gwarancji ustawowych w zakresie ostatecznej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej). Stanowiska Uczestników postępowania są przejawem przyjętego – nietrafnie – kierunku polityki państwa związanego z interpretacją przyczyn powstawania oraz sposobów rozwiązywania nawarstwiających się problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Sposobu argumentacji, który przyczyn oczywistych dysfunkcjonalności systemu ochrony zdrowia każe za wszelką cenę poszukiwać poza tym systemem, obarczając odpowiedzialnością za jego niewydolność jednostki samorządu terytorialnego lub inne podmioty, przerzucając na nie w coraz większym stopniu koszty świadczeń opieki zdrowotnej, zapominając, że zapewnienie sprawnie funkcjonującego, także pod względem finansowym, systemu ochrony zdrowia jest przede wszystkim zadaniem państwa, Ministerstwa Zdrowia, ustawodawcy oraz NFZ.

Tezy zawarte w Stanowisku PG i Stanowisku Sejmu RP są zasadniczo ze sobą zbieżne, dlatego Wnioskodawca odniesie się do nich łącznie.

Uczestnicy postępowania rozpoczęli swoje stanowiska od przedstawienia wątpliwości formalnych, wskazując, że Wnioskodawca wielokrotnie wykroczył poza zakres właściwej mu legitymacji szczególnej. W ten sposób Uczestnicy postępowania starają się uzasadnić zawężenie zarówno zakresu zaskarżenia, jak i – przede wszystkim – katalog przyjętych wzorców kontroli konstytucyjności prawa. Wnioskodawca opracowując Wniosek miał pełną świadomość ograniczonego charakteru legitymacji wnioskowej jednostki samorządu terytorialnego. W *petitum* Wniosku zawarł przepisy prawa, które – w jego ocenie – dotyczą zakresu jego działania i wpływają na sytuację prawną Wnioskodawcy. Z uwagi na ograniczenia legitymacji Wnioskodawca nie kwestionował jednak np. przepisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, regulujących sposób wyceny świadczeń, czy mocy prawnej źródeł prawa wydawanych przez NFZ, zwłaszcza w obszarach objętych zasadą wyłączności ustawowej, które niewątpliwie także wpływają na sytuację Wnioskodawcy.

Wnioskodawca zdecydował się na zakwestionowanie wskazanych w *petitum* Wniosku przepisów Ustawy o działalności leczniczej oraz Nowelizacji ustawy o działalności leczniczej w sposób zakresowy. Uczestnicy postępowania wydają się nie uwzględniać w pełni tego faktu w swoich stanowiskach. Tymczasem takie działanie Wnioskodawcy było motywowane dwoma względami. Po pierwsze, miało na celu utrzymanie przedmiotu zaskarżenia w ramach ograniczonej legitymacji Wnioskodawcy. Należy bowiem przyjąć, że zakwestionowane przepisy w części wykraczającej poza wskazany przez Wnioskodawcę zakres zaskarżenia, nie są objęte przedmiotem Wniosku. W tej kwestii uwagi

Uczestników postępowania dotyczące wykroczenia za zakres legitymacji stają się bezprzedmiotowe. Po drugie, Wnioskodawca kwestionując wskazaną regulację w sposób zakresowy brał także pod uwagę skutki ewentualnego wyroku TK stwierdzającego niezgodność zakwestionowanych przepisów z Konstytucją RP. Złożenie wniosku zakresowego – w przypadku uzyskania orzeczenia zgodnego z Wnioskiem – nie prowadzi bowiem do usunięcia niekonstytucyjnych przepisów z systemu prawnego. Przepisy te nadal będą pozostawały jego częścią i źródłem obowiązków z nich wynikających, jednakże zakres tych obowiązków będzie dostosowany do wzorców konstytucyjnych. Wnioskodawca nie zamierza uchylać się od realizacji tychże obowiązków, wszak związane są one z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz członków wspólnoty samorządowej. Kwestionuje jedynie sposób ich finansowania. Wydanie orzeczenia zakresowego przez TK nie doprowadzi zatem do zachwiania ciągłości realizacji obowiązków wskazanych w zakwestionowanych przepisach, czego Uczestnicy postępowania w swych stanowiskach nie dostrzegają.

Uczestnicy postępowania zwrócili uwagę na „deficyt w warstwie argumentacyjnej” dotyczący uzasadnienia zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji i wywodzonych z niego zasad zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz zasad prawidłowej legislacji. Deficyt ten, zarówno w ocenie Sejmu RP, jak i Prokuratora Generalnego, ma stanowić podstawę do umorzenia postępowania w zakresie dotyczącym kontroli zakwestionowanej regulacji z punktu widzenia art. 2 Konstytucji i wywodzonych z niego instrumentalnie zasad. Nie sposób zgodzić się z argumentacją przedstawioną w tym zakresie przez Uczestników postępowania.

Wnioskodawca przedstawił uzasadnienie, wskazujące z jakich względów uznaje kwestionowane przepisy za sprzeczne z art. 2 Konstytucji RP i wynikającymi z niego zasadami zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz zasadami prawidłowej legislacji<sup>29</sup>. W ocenie Wnioskodawcy precyzyjne wskazanie zakresu zadań realizowanych przez samorząd terytorialny – tj. zgodne z zasadami prawidłowej legislacji, w tym zasadą określoności i zasadą wyłączności ustawowej – ma kluczowe znaczenie nie tylko dla wiarygodności państwa, jako partnera publicznego, ale także dla mieszkańców danej wspólnoty lokalnej, którzy – zgodnie z zasadą zaufania do państwa i pewności prawa – mają prawo wiedzieć, za które zadania publiczne odpowiedzialność ponosi jednostka samorządu terytorialnego, a za które władze centralne, zwłaszcza w tak newralgicznej sferze, jaką jest ochrona zdrowia. W ocenie Wnioskodawcy przepis art. 59 Ustawy o działalności leczniczej jest niejasny i nieprecyzyjny, co daje pole do takiej interpretacji przez organy władzy publicznej, że wywodzone z niego w drodze wykładni normy prawne są sprzeczne z zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa. Nietrafiony jest zatem zarzut wysunięty przez Uczestników postępowania, jakoby łączenie pod względem skutków naruszenia Konstytucji RP zasady prawidłowej legislacji z zasadą zaufania obywateli do państwa i pewności prawa, wykluczało – ze względów formalnych – możliwość oceny zakwestionowanej regulacji w oparciu o jeden ze wskazanych wzorców. Analiza orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego oraz poglądów doktryny prawa konstytucyjnego, dotyczących wzajemnych relacji między zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa i zasadą prawidłowej legislacji, daje podstawy do tezy wręcz przeciwnej. Zasada zaufania obywateli do państwa i prawa stanowi bowiem – w świetle orzecznictwa TK – aksjologiczne i normatywne źródło dla zasady prawidłowej legislacji, którą TK z niej wywodzi na zasadzie

---

<sup>29</sup> Wniosek, s. 8-9.



instrumentalnego wynikania norm<sup>30</sup>. W doktrynie prawa konstytucyjnego wskazuje się, że zasada prawidłowej legislacji stanowi normę II stopnia wywodzoną z zasady państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) za pośrednictwem zasady zaufania obywateli do państwa<sup>31</sup>. W praktyce legislacyjnej naruszenie standardów prawidłowej legislacji, w tym przede wszystkim zasady określoności przepisów prawa, prowadzi najczęściej do podważenia wartości leżących u podstaw zasady zaufania obywateli do państwa<sup>32</sup>.

Ponadto TK w swym orzecznictwie wielokrotnie łączył zasadę zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa z zasadą prawidłowej legislacji, w tym także w kontekście kontroli funkcjonalności systemu ochrony zdrowia. W wydanym w pełnym składzie orzeczeniu K 14/03 TK stwierdził, że przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>33</sup>, dotyczące organizacji i zasad działania NFZ, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gospodarki finansowej, zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań NFZ, są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W orzeczeniu tym TK wyraźnie podkreślał, że „nakaz przestrzegania przez ustawodawcę zasad poprawnej legislacji jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i prawa.”<sup>34</sup>.

Biorąc pod uwagę treść oraz skutki orzeczenia w sprawie K 14/03, w szczególności, że obecny stopień dysfunkcyjności systemu ochrony zdrowia jest porównywalny do stanu faktycznego, jaki legł u podstaw orzeczenia w sprawie K 14/03, zrozumiałe jest dla Uczestników postępowania tak bardzo zależy na usunięciu z katalogu wzorców kontroli konstytucyjności prawa przepisu art. 2 Konstytucji RP i wywodzonych z niego zasad zaufania obywateli do państwa i stanowionego prawa oraz zasad prawidłowej legislacji.

Czyniąc jednak zadość uwagom Uczestników postępowania Wnioskodawca pragnie stwierdzić, że kwestionowana regulacja:

- 1) prowadzi do naruszenia zasady zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa z tego względu, że stanowi rodzaj „normatywnej pułapki”, w jakiej znalazły się jednostki samorządu terytorialnego, w tym Wnioskodawca. Na samorząd województwa nałożono bowiem istotne zadania publiczne bez przeznaczenia na ten cel wystarczających środków finansowych, zobowiązano samorząd do finansowania tych zadań ze środków własnych, przy

---

<sup>30</sup> Szerzej na temat wzajemnej relacji między zasadami prawidłowej legislacji i zasadą zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa zob.: T. Zalasinski: *Zasada prawidłowej legislacji w poglądach Trybunału Konstytucyjnego*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2008, s. 41 i n. oraz przywołane tam orzecznictwo TK, E. Morawska: *Klauzula państwa prawnego w Konstytucji RP na tle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego*, Toruń 2003, s. 216 i n., K. Działocha, T. Zalasinski: *Zasada prawidłowej legislacji jako podstawa kontroli konstytucyjności prawa*, Przegląd Legislacyjny, 2006/3.

<sup>31</sup> Zob. M. Kordela: *Formalna interpretacja klauzuli demokratycznego państwa prawnego w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego* [w:] *Zasada demokratycznego państwa prawnego w Konstytucji RP*, red. S. Wronkowska, Warszawa 2006 r., s. 146-147, L. Garlicki: *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2005, s. 62.

<sup>32</sup> Zob. K. Działocha T. Zalasinski: „Określoność” przepisów prawa jako przedmiot kontroli konstytucyjności prawa w *ogłędach Trybunału Konstytucyjnego*, [w:] *Prawo, Parlament i Egzekutywa we współczesnych systemach rządów*. Księga pamiątkowa poświęcona pamięci profesora Jerzego Stembrowicza, Białystok 2009 r., s. 35 i n.

<sup>33</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391).

<sup>34</sup> Orzeczenie TK K 14/03 OTK 2004/1a/1.

czym wysokość tych kosztów jest niezależna od działań samorządu województwa i niemożliwa do wcześniejszego określenia i zaplanowania w budżecie. Wysokość tych kosztów jest natomiast pochodną działań NFZ, który jest zobowiązany do finansowania świadczeń ochrony zdrowia, ale z tych obowiązków się w pełni nie wywiązuje. Proces nakładania tych obowiązków i domykania owej „normatywnej pułapki” postępował w czasie. Pierwotnie wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wprowadzony został obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego SPZOZ przez podmiot tworzący, ale był on złagodzony przez możliwość przekształcenia w spółkę i powiązany z tym mechanizm restrukturyzacji finansowej obejmujący umorzenie części zobowiązań oraz dotację z budżetu państwa (art. 191 do art. 201 ustawy o działalności leczniczej). Norma z art. 59 Ustawy o działalności leczniczej miała pierwotnie charakter instrumentu, z którym korespondowały narzędzia finansowe związane z przekształceniem, o którym w tym przepisie była mowa. Ostatecznie Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej ukształtowała obecny stan prawny pozostawiając jedynie sam obowiązek bez realnych alternatyw dla jednostek samorządu. Wysoki stopień naruszenia zasady zaufania obywateli do państwa staje się dodatkowo widoczny w świetle argumentacji przedstawionej przez Uczestników postępowania, zgodnie z którą samorząd województwa, wypełniając zadania przynależne NFZ, powinien wyprzedać swój majątek lub zlikwidować SPZOZy. Należy zatem podkreślić, że argumentacja ta jest podnoszona w odniesieniu do jednostek opieki zdrowotnej zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z wolą ustawodawcy wyrażoną w art. 95l Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych system ma na celu zapewnienie dostępności do świadczeń przy zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania, a kwalifikacja do niego była dokonywana przez dyrektora OW NFZ na podstawie spełnienia kryteriów ustawowych. W tym kontekście naruszenie zasady zaufania obywateli do państwa ma charakter wielopłaszczyznowy. Z jednej strony dochodzi do naruszenia zaufania w relacjach samorząd terytorialny – państwo (Minister Zdrowia, ustawodawca, NFZ), a z drugiej strony obywatel – organ władzy publicznej. Obywatele mają bowiem prawo oczekiwać, że organy władzy publicznej stworzą i będą utrzymywać sprawnie działający system ochrony zdrowia. Trudno, by system taki działał na terenie województw, w których zlikwidowano lub znacząco ograniczono liczbę SPZOZów. Takie działanie można byłoby uznać wręcz za działalność wbrew obowiązkowi ochrony dobra wspólnego (art. 1 Konstytucji RP). Pojawia się bowiem pytanie: na ile lat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obecnym jego kształcie wystarczy majątku samorządów województwa, który można byłoby wyprzedać, by realizować zadania w zastępstwie NFZ?

- 2) prowadzi do naruszenia zasady prawidłowej legislacji z tego względu, że nakłada na samorząd terytorialny obowiązki i zadania bez wystarczającego sprecyzowania ich zakresu i treści, a także źródeł finansowania. Nie wiadomo bowiem, czy zadanie to ma charakter zadania własnego, czy zadania zleconego, brak w tym zakresie wystarczających i klarownych podstaw ustawowych. Wątpliwości co do tego mają także Uczestnicy postępowania. Ponadto podmiot zobowiązany nie jest także w stanie określić ciężaru finansowego, jaki został na niego nałożony, i nie ma na jego wysokość wpływu. Ustawodawca tworzy także pozór prawa, pozostawiając samorządowi województwa fikcję wyboru między pokryciem straty SPZOZ, a jego likwidacją.

- 3) prowadzi także do naruszenia zasady wyłączności ustawowej (art. 2 w zw. z art. 68 ust. 2 i art. 166 ust. 2 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, że stopień obciążenia finansowego jednostek samorządu terytorialnego zadaniami z zakresu ochrony zdrowia nie wynika z ustawy, lecz decyzji NFZ podejmowanej w formie aktu rangi podustawowej (we Wniosku wskazano jako przykład zarządzenie Prezesa NFZ z 30 czerwca 2016 r., 71/2016/DSOZ, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na leczenie szpitalne, w których finansowanie świadczeń udzielnych przez podmiot utworzonych przez ministra jest korygowane współczynnikiem 1,2, podczas, gdy korekta taka w zakresie tych samych świadczeń nie dotyczy podmiotów samorządowych).

Istotnym elementem stanowisk Uczestników postępowania, a także problemem, którego rozwiązanie jest niezbędne dla prawidłowej oceny konstytucyjności zakwestionowanych przepisów, jest zdefiniowanie charakteru zadań przekazywanych jednostkom samorządu terytorialnego przez kwestionowane przepisy. Zarówno Prokurator Generalny, jak i – z pewnymi jednak wątpliwościami – Sejm RP, stoją na stanowisku, że zadania te mają charakter zadań własnych. Z poglądem tym nie sposób się zgodzić.

Powyższa argumentacja jest bowiem dotknięta istotnym błędem. Mamy tu bowiem do czynienia z dwoma różnymi kategoriami zadań publicznych między którymi – ze względów pragmatycznych – Uczestnicy postępowania starają się postawić znak równości. Pierwsza kategoria zadań, to zadania polegające m.in. na stworzeniu sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym realizacja konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmiotami zobowiązanymi do realizacji tej kategorii zadań są: ustawodawca<sup>35</sup>, Minister Zdrowia<sup>36</sup> oraz NFZ<sup>37</sup>. W ograniczonym zakresie, wskazanym w art. 9 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, część zadań z zakresu ochrony zdrowia o charakterze regionalnym może – co oznacza, że nie ma takiego obowiązku – być realizowana przez samorząd wojewódzki, jako zadania własne. Zadania te – nawiązuje do nich także treść art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa, który był powoływany w stanowiskach Uczestników postępowania – stanowią jednak zupełnie inną kategorię zadań publicznych, odrębną od zadań przewidzianych w art. 6 i 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tymczasem w stanowiskach Uczestników postępowania przepis art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa stanowi dowód tezy o możliwości swobodnego przenoszenia zadań z zakresu finansowania świadczeń ochrony zdrowia między NFZ a województwem samorządowym. Uczestnicy postępowania w swojej argumentacji pomijają jednak istotną część przepisu art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa, wyraźnie stanowi on bowiem, że jako zadania własne mogą być finansowane jedynie zadania o charakterze wojewódzkim. Przepis art. 9a Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych precyzuje dodatkowo, że realizacja zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd województwa musi uwzględniać regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń

<sup>35</sup> Szeroko na temat zadań ustawodawcy w zakresie dotyczącym konstrukcji systemu ochrony zdrowia wypowiedział się TK w orzeczeniu K 14/03.

<sup>36</sup> Zob. art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy o działach administracji rządowej (Dz. U. poz. 945 tekst jedn. z 2019 r. ze zm.).

<sup>37</sup> Zob. art. 6 i 97 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

na terenie województwa. Zadania, których sposób finansowania jest objęty przedmiotem Wniosku – co należy stwierdzić kategorycznie – nie są zadaniami własnymi Województwa Mazowieckiego.

Można mieć także wątpliwości, czy sposób powierzenia tych zadań samorządowi województwa spełnia konstytucyjne przesłanki powierzenia samorządowi terytorialnemu zadań zleconych. Zgodnie z art. 166 ust. 2 Konstytucji RP samorządowi można zlecić część zadań publicznych, jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, a ustawa określa tryb przekazania i sposób wykonania tych zadań. Oczywiście ustawodawca powinien zapewnić także źródła pozwalające na sfinansowanie realizacji tych zadań przez samorząd. Zadania, których sposób finansowania jest objęty przedmiotem Wniosku, nie są zatem – w świetle art. 166 ust. 2 Konstytucji RP – zadaniami zleconymi.

W związku z powyższym trudno jest określić charakter zadania, o którym mowa w art. 59 ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej. Jest to rodzaj ustawowego przekazania pełnej odpowiedzialności finansowej całym majątkiem wspólnoty samorządowej, za działania NFZ w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres tej odpowiedzialności nie jest określony ani ograniczony ustawowo, lecz jest uzależniony od uznania NFZ.

W tym zakresie naruszenie art. 166 ust. 1 i 2 oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji nie budzi wątpliwości Wnioskodawcy.

W Stanowisku Sejmu została postawiona teza, że przekazanie samorządowi terytorialnemu odpowiedzialności finansowej za działania płatnika dotyczące finansowania świadczeń opieki zdrowotnej stanowi przejaw realizacji przez ustawodawcę zasady pomocniczości. Wnioskodawca pragnie podkreślić, że tego rodzaju działanie nie ma nic wspólnego z zasadą pomocniczości<sup>38</sup>.

W stanowiskach Uczestników postępowania pojawia się także argumentacja, że trudności w uzyskaniu przez samorząd województwa od NFZ zwrotu kosztów za świadczenia udzielone w warunkach przewidzianych w art. 15 Ustawy o działalności leczniczej stanowią problem z zakresu stosowania prawa, co nie podlega kognicji Trybunału Konstytucyjnego. Argumentacja ta jest prawdziwa jedynie częściowo. Zgodzić się należy, że sam fakt, że organ władzy publicznej (NFZ) nie wywiązuje się w pełni ze swoich ustawowych obowiązków, nie może być przedmiotem postępowania przed TK i zarzutu naruszenia Konstytucji RP. Jednak praktyka funkcjonowania NFZ, podatność na zjawiska dysfunkcji, jakość otoczenia regulacyjnego, w której instytucja ta działa, jego precyzyjność i jednoznaczność, mogą – a nawet powinny – być przedmiotem analizy Trybunału Konstytucyjnego oceniającego zakwestionowaną regulację z punktu widzenia zasady prawidłowej legislacji (art. 2 Konstytucji RP).

Odnosząc się do skutków finansowych orzeczenia TK Wnioskodawca pragnie zauważyć, że wykonanie orzeczenia TK o treści uwzględniającej treść petitum Wniosku, nie powinno pociągnąć za sobą znacznych kosztów dla budżetu państwa, tym bardziej, że Wniosek ma charakter zakresowy. Ze Stanowiska MZ wynika bowiem, że wykonanie orzeczenia pociągnie za sobą koszt w wysokości 160 mln zł (dane za 2017 r.). Odnosząc ten koszt do kosztów alternatywnych, wysokości transferów finansowych, jaki w ostatnich latach przeprowadziła Rada Ministrów w ramach różnych projektów społecznych, jego pokrycie nie powinno stanowić problemu dla budżetu państwa. Tytułem przykładu można wskazać, że Rada Ministrów oraz ustawodawca zdecydowali się na wprowadzenie i

---

<sup>38</sup> Szerzej na temat zasady pomocniczości zob. np. E. Popławska: *Zasada pomocniczości (subsidiarności)*, [w:] *Zasady podstawowe Polskiej Konstytucji*, red. W. Sokolewicz, Warszawa 1998 r., s. 188 i n.

sfinansowanie z budżetu państwa programu społecznego „Emerytura +”, który jest adresowany do osób w wieku emerytalnym i polega na wypłacie jednorazowego świadczenia pieniężnego w wysokości najniższej emerytury (1,1 tys. zł) grupie 9,72 miliona emerytów<sup>39</sup>. Świadczenia w ramach programu „Emerytura +” zostały wypłacone w maju 2019 r., a ich łączny koszt wyniósł 10,7 mld zł. Osoby w wieku emerytalnym są grupą społeczną, której najbardziej zależy na sprawnym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, gdyż są jego najczęstszymi klientami. Koszt realizacji programu „Emerytura+” za jeden rok pozwoliłby na wykonanie przedmiotowego orzeczenia niemal 70 razy. Program „Emerytura+” jest jednym z pięciu realizowanych obecnie programów społecznych, które transferują środki do osób najbardziej tego potrzebujących. Zakładając, że sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, jest co najmniej równie istotne z punktu widzenia potrzeb społecznych, wykonanie przedmiotowego orzeczenia nie powinno rodzić istotnych problemów budżetowych.

## V. Wniosek w świetle aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia

Praktyka stosowania art. 59 Ustawy o działalności leczniczej jest w dalszym ciągu – pomimo upływu trzech lat od złożenia Wniosku – podstawowym źródłem dysfunkcji finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalnictwie. Regulacja ta obecnie, w jeszcze większym stopniu, służy przesuwaniu ciężaru finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ na samorzady. W świetle dostępnych danych ujemny wynik finansowy w działalności leczniczej szpitalnej jest obecnie zasadą, a nie wyjątkiem. Na 29 skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli (dalej: NIK)<sup>40</sup> podmiotów leczniczych (szpitali) włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na koniec września 2018 r., w 23 podmiotach (79,3%) odnotowano ujemny wynik finansowy. Ponadto w porównaniu z III kwartałem 2016 r., wynik uległ pogorszeniu w 20 z tych jednostek (69,0%)<sup>41</sup>. NIK identyfikując przyczyny takiego stanu rzeczy wskazuje na znacznie szybszy wzrost kosztów działalności leczniczej, niż przychodów z NFZ. Wzrostowi kosztów „nie towarzyszyła odpowiadająca mu wysokością zmiana wyceny świadczeń – w analizowanym okresie wycena została podniesiona przez NFZ o 4% w 2017 r.”<sup>42</sup>. Powyższe skutkuje również wzrostem zobowiązań podmiotów leczniczych średnio o około 13,9% (pomiędzy 2017 a 2018 r.)<sup>43</sup>, co dalej przekłada się na wzrost kosztów obsługi tego zadłużenia. Postępowanie zjawiska ujemnego wyniku finansowego w SPZOZ potwierdzają dane Biuletynu Statystycznego Ministra Zdrowia. Zgodnie z tymi danymi skumulowany wynik finansowy dla samorządowych SPZOZ na terenie Polski między rokiem 2018 a 2019 wzrósł prawie trzykrotnie. Raport NIK zwraca również uwagę, że wartość zobowiązań SPZOZ ogółem w ostatnich latach wykazywała tendencję rosnącą, a na koniec III kwartału 2018 r. wynosiła 12,6 mln zł i była najwyższa w ciągu ostatnich 15 lat<sup>44</sup>.

<sup>39</sup> Dane za stroną podmiotową BIP Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

<sup>40</sup> Raport NIK „Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, KZD.430.002.2019, Nr ewid. 29/2019/P/18/059/KZD (dalej: **Raport NIK**).

<sup>41</sup> Raport NIK, s. 60

<sup>42</sup> Raport NIK, s. 14

<sup>43</sup> Raport NIK, s. 56

<sup>44</sup> Raport NIK, str. 58

Pojawienie się ujemnych wyników finansowych w 2/3 podmiotów leczniczych eliminuje w całości argument, że sytuacja taka dotyczy jednostkowych błędów w zarządzaniu. Jest też obrazem rozdzwieku między intencją ustawodawcy, co do funkcjonowania normy wynikającej art. 59 Ustawy o działalności leczniczej, a jej społecznymi skutkami.

Sytuację finansową SPZOZ w znacznym stopniu determinują koszty zatrudnienia. Stanowią one zwykle od 50% do nawet ponad 70% kosztów działalności leczniczej w szpitalnictwie. Na wysokość tych kosztów wpływają przede wszystkim zmiany normatywne związane z wzrostem wynagrodzenia pracowników.<sup>45</sup> Należy zaznaczyć, że ani Województwo Mazowieckie ani inne samorządy nie miały wpływu na wysokość czy harmonogram tych podwyżek. Od momentu wprowadzenia tych zmian kondycja finansowa, na przykładzie podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Województwo Mazowieckie, uległa znacznemu pogorszeniu. Niniejszy trend, w ujęciu ogólnopolskim, potwierdzają

---

<sup>45</sup> W szczególności istotny wzrost kosztów osobowych kształtują następujące zdarzenia:

- 1) wzrost wynagrodzenia wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2017 r. poz. 2017 oraz z 2019 r. poz. 1789) - zgodnie z załącznikiem nr 1 i 2 do ww. rozporządzenia - obowiązywało od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2018 r.;
- 2) wzrost wynagrodzenia wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. z 2018 r. poz. 1737 oraz z 2019 r. poz. 1789) - obowiązuje od 1 lipca 2018 r.;
- 3) wzrost wynagrodzenia wynikający z wejścia w życie porozumienia MZ z porozumieniem Rezydentów OZZL z 8 lutego 2018 r. związane ze wzrostem wynagrodzenia zasadniczego lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury (etaty) - § 3 Porozumienia oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury - obowiązuje od 1 lipca 2017 r.;
- 4) wzrost wynagrodzenia wynikający z wejścia w życie porozumienia MZ z porozumieniem Rezydentów OZZL z 8 lutego 2018 r. związane ze wzrostem wynagrodzenia zasadniczego lekarzy specjalistów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy (etaty) - § 6 Porozumienia oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury - obowiązuje od 1 lipca 2017 r.;
- 5) wzrost wynagrodzenia wynikający ze wzrostu wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2019 r. (2250 zł) oraz wzrostu wysokości minimalnej stawki godzinowej (14,70 zł brutto/h) - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1794) - obowiązuje od 1 stycznia 2019 r.;
- 6) wzrost wynagrodzenia wynikający wejścia w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565) - obowiązuje od 1 lipca 2017 r.;
- 7) podwyżki dla pielęgniarek - rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz 2018 r. poz. 1681) - obowiązuje od 1 września 2015 r.;
- 8) podwyżki dla ratowników medycznych - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 34 i 1629) - obowiązuje od 1 stycznia 2019 r.

dane udostępnione przez Ministerstwo Zdrowia, z których wynika, iż wysokość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do 2015 r. obrotowego włącznie utrzymywała się na poziomie około 10 mld zł, o tyle od 2016 r. obrotowego ich wartość systematycznie wzrastała: za 2016 r. – 11,25 mld zł, za 2017 r. – 11,76 mld zł, za 2018 r. – 12,84 mld zł.

Niewątpliwie powinien istnieć mechanizm redystrybucji zwiększonych środków na opiekę zdrowotną, który pozwoli na zapobieżenie pogorszeniu warunków funkcjonowania placówki z powodu wypełniania przez nią obowiązku podniesienia wynagrodzeń pracowniczych, wynikającego ze źródeł powszechnie obowiązującego prawa<sup>46</sup>. Stan faktyczny jest taki, że w rezultacie wspomnianych zmian, porównując stan na grudzień 2017 r. do lipca 2019 r., w podległych samorządowi jednostkach wzrost kosztów osobowych nieobjętych refundacją ze strony NFZ w skali miesiąca wyniósł 9,9 mln zł.

Jednymi z istotniejszych dla strony kosztowej są skutki ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawodawca z założenia nie wskazał źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń koniecznych w stosunku do pracowników zarabiających poniżej minimalnego poziomu określonego w tej ustawie. W uzasadnieniu do projektu ustawy pada stwierdzenie, że: *„Projektowana ustawa – tak samo jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę – nie wskazuje źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń koniecznych w stosunku do pracowników zarabiających poniżej minimalnego poziomu określonego w ustawie. Zatem tak jak w przypadku ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę projektowana ustawa również nie powinna stanowić podstawy do dochodzenia przez podmioty lecznicze roszczeń o przekazywanie środków na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych wobec corocznie podnoszonego poziomu wynagrodzenia minimalnego.”*

Opisane otoczenie prawne sprawia, że obecnie dyrektor podmiotu leczniczego ma ograniczone możliwości wpływu na proces zarządzania finansami w jednostce. Istotną i obiektywną przeszkodą w zarządzaniu podmiotami leczniczymi, są ponadto stale zmieniające się reguły związane z ustalaniem warunków realizacji umów przez NFZ, często prowadzące do nierównego traktowania świadczeniodawców. Okoliczność ta ma również wpływ na brak możliwości strategicznego długofalowego planowania w ramach programów naprawczych.

Istotny wpływ na poziom zadłużenia SPZOZ ma także algorytm podziału środków pomiędzy Centralę NFZ o Oddziały Wojewódzkie NFZ. Argumenty dotyczące wpływu algorytmu na powstawanie ujemnego wyniku finansowego w podmiotach leczniczych, zawarte we Wniosku, zostały w całości potwierdzone w toku kontroli NIK. W Raporcie NIK wskazuje się, że podział środków uzyskanych przez NFZ pomiędzy poszczególne jego oddziały wojewódzkie nie zapewniał ich optymalnego wykorzystania i wpływał na sytuację finansową podmiotów leczniczych. Ponadto, co istotne w ocenie NIK tak skonstruowany algorytm podziału nie uwzględniał rozmieszczenia bazy materialnej systemu, a w ograniczonym stopniu zjawisko migracji pacjentów<sup>47</sup>.

Analizując powyższe mechanizmy prawne w praktyce ich funkcjonowania należy też zwrócić uwagę na ich konsekwencje dla potencjalnej decyzji o likwidacji SPZOZ. Jedną z konsekwencji czynności prawnej jaką jest likwidacja podmiotu leczniczego jest przejęcie jego zobowiązań przez podmiot tworzący, tj.

<sup>46</sup> Szerzej na temat ponoszenia ciężaru ustawowych podwyżek przez SPZOZ wypowiedział się TK w orzeczeniu K 43/01

<sup>47</sup> Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, str. 52

samorząd (na podstawie art. 61 Ustawy o działalności leczniczej). Norma ta jest powiązana funkcjonalnie z art. 243 ustawy o finansach publicznych mówiącym, że sejmik województwa nie może uchwalić budżetu naruszającego indywidualny wskaźnik zadłużenia, który ma reprezentować rzeczywiste możliwości danej jednostki samorządu terytorialnego w zakresie spłaty zobowiązań. Oznacza to, że obok innych aspektów możliwości pokrycia ujemnego wyniku finansowego i przejęcia zobowiązań finansowych są determinowane faktyczną wysokością budżetu, jak również regulacjami prawnymi wynikającymi z ustawy o finansach publicznych. Sytuacja finansowa i faktyczna możliwość ponoszenia przez samorzady ciężaru zadania publicznego z art. 59 Ustawy o działalności leczniczej nie jest brana pod uwagę przez NFZ przy tworzeniu planu finansowego. Regulacja art. 59 Ustawy o działalności leczniczej nie uwzględnia, iż w praktyce na możliwości finansowe jednostek samorządu terytorialnego wpływa szereg czynników i zmiennych np. w przypadku Województwa Mazowieckiego drugą najwyższą pozycją wydatkową w planie finansowym na 2019 r. była wpłata do budżetu państwa w związku z częścią regionalną subwencji ogólnej dla województw (509 mln zł). Więcej Samorząd Województwa Mazowieckiego wydaje w 2019 r. jedynie na transport i łączność (1,09 mld). Trudno zatem przyjąć, że koszty wynikające ze stosowania art. 59 Ustawy o działalności leczniczej mogą zostać w prosty sposób pokryte z innych źródeł. Ich pokrycie wymusza przesunięcia części środków samorządu z innych zadań własnych lub wprowadzenia zmian w samym dziale budżetowym „ochrona zdrowia”, przejawiających się w ograniczaniu inwestycji w infrastrukturę oraz zakup sprzętu na rzecz pokrycia – w zastępstwie NFZ – kosztów udzielonych świadczeń.

W związku z powyższym Wnioskodawca podtrzymuje zarzuty postawione we Wniosku.



dr Tomasz Zalański

Radca prawny

W załączeniu:

- 1) Raport NIK „Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, KZD.430.002.2019, Nr ewid. 29/2019/P/18/059/KZD;
- 2) Zestawienie wartości pokrytych przez Województwo Mazowieckie ujemnych wyników finansowych podmiotów leczniczych za okres 2013 – 2018;
- 3) Dopłaty do kapitału spółek prowadzących działalność leczniczą za okres 2013 – 2018,
- 4) Pożyczki udzielone podmiotom leczniczym przez Województwo Mazowieckie w latach 2010 – 2019.