



**MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**
ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa

OR-OP-II.080.15.2013.AG

Warszawa, 2013-06-03

Nr Kanc.: 101398

Trybunał Konstytucyjny

Al. Jana Christiana Szucha 12a

00 – 918 Warszawa

Wnioskodawca:

Sejmik Województwa Mazowieckiego

reprezentowany przez

Marszałka Województwa Mazowieckiego

Organ, który wydał zaskarżony akt normatywny:

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Wniosek o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 188 pkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹ oraz art. 2 ust. 1 pkt 1 i art. 31 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym², działając na mocy uchwały Nr 44/13 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 18 marca 2013 r. (załącznik nr 1) i wykonując tę uchwałę, wnoszę o zbadanie zgodności i stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej **art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³ w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 tejże ustawy - jako niezgodnego z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także jako niezgodnego z art. 167 ust. 4 - w zakresie w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 powołanej ustawy o działalności leczniczej, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

¹ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze sprost., zwana dalej „Konstytucją RP”.

² Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm., zwana dalej „ustawą o Trybunale Konstytucyjnym”.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 217, zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

Na podstawie przepisu art. 32 ust. 2 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym wskazuję, że powyższy wniosek dotyczy spraw objętych zakresem działania Wnioskodawcy jako organu stanowiącego samorządu województwa.

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

Przepis art. 59 ustawy o działalności leczniczej określa obowiązki podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Z mocy z art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną⁴, z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego, w tym Samorząd Województwa Mazowieckiego, zostały zobowiązane do przejęcia uprawnień podmiotu tworzącego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z uwzględnieniem 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. Szczegółowy wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez Województwo Mazowieckie został określony przez Prezesa Rady Ministrów w załączniku do rozporządzenia z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw⁵. Na mocy powyższej regulacji Samorząd Województwa Mazowieckiego stał się organem założycielskim dla 46 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Aktualnie Samorząd Województwa Mazowieckiego jest podmiotem tworzącym dla 29 podmiotów leczniczych, w tym dla 6 podmiotów prowadzonych w formie spółki kapitałowej, o ogólnej liczbie 9 790 łóżek.

Z powyższego wynika również ograniczenie zakresu wnioskowanego zbadania zgodności z Konstytucją RP do nałożonych ustawą o działalności leczniczej określonych obowiązków nałożonych na samorząd województwa.

⁴Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.

⁵Dz. U. Nr 65, poz. 659 ze zm.

Uzasadnienie

Zgodnie z **art. 59** ustawy o działalności leczniczej:

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

2. Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną - do wysokości tej wartości – z czym koresponduje przepis **art. 55 ust. 1 pkt 6** ustawy o działalności leczniczej dotyczący możliwości uzyskania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej środków finansowych na pokrycie ujemnego wyniku finansowego;

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

4. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w ust. 2 podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 – z uwzględnieniem treści intertemporalnego przepisu **art. 216** ustawy o działalności leczniczej - wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – przy czym, zgodnie z dyspozycją **art. 61** ustawy o działalności leczniczej, w razie likwidacji zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami właściwej jednostki samorządu terytorialnego, tj. samorządu województwa, a z kolei, zgodnie z **art. 72 ust. 1 pkt 1** ustawy o działalności leczniczej, w razie przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wynosi powyżej 0,5, przed dniem przekształcenia podmiot tworzący przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5.

Znaczenie art. 59 ustawy o działalności leczniczej polega na tym, iż w sytuacji niepokrycia ujemnego wyniku finansowego przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podmiot tworzący, w tym jednostka samorządu terytorialnego, został zobowiązany do podjęcia, jedynie w oparciu o kryteria ekonomiczne, stosownych decyzji organizacyjnych i finansowych, tj. o pokryciu ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a w przypadku braku takiej decyzji, o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo

o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Pozornie przepisy art. 59 pozostawiają podmiotowi tworzącemu pewien zakres swobody przy podejmowaniu jednej z powyższych decyzji i zdają się odpowiadać *ratio legis* wskazanej w uzasadnieniu projektu ustawy, tj. służyć wzmocnieniu nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W rzeczywistości jednak, alternatywy pozostawione jednostkom samorządu terytorialnego, będącym podmiotami tworzącymi zakład, są pozorne, antyspołeczne i sprzeczne z konstytucyjnie ukształtowanym systemem rządzącym odpowiedzialnością, w tym finansową, władz publicznych za realizację zadań publicznych.

Niezgodność art. 59 ustawy o działalności leczniczej z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi, zdaniem Wnioskodawcy, polega na tym, iż:

- nakłada on na samorząd terytorialny, w sposób ukryty i niedookreślony, obowiązek realizacji zadania publicznego, przez co artykuł ten narusza art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 Konstytucji RP,
- pozostawia samorządowi województwa pozorny tylko wybór podjęcia jednej z decyzji przewidzianych w tym przepisie, a dotyczących sfery finansowej i organizacyjnej funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przez co w istotny sposób ogranicza uprawnienia właścicielskie samorządu województwa, i pozbawia go prawa samodzielnego decydowania o zakresie i kierunkach finansowania tych podmiotów, w sposób najpełniej gwarantujący równy dla wszystkich dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, co czyni art. 59 ustawy o działalności leczniczej niezgodnym z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP,
- przekazaniu samorządowi województwa do realizacji zadania publicznego nie towarzyszy wyposażenie go w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Niezgodność art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP

1. Zgodnie z art. 59 ustawy o działalności leczniczej brak decyzji samorządu województwa o przekształceniu w inną formę organizacyjno-prawną lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który nie jest w stanie pokryć ujemnego wyniku finansowego swojej działalności, oznacza, iż samorząd niedobory te winien sfinansować z własnego budżetu. Skutkuje to przerzuceniem na samorząd regionalny obowiązku dotyczącego polityki zdrowotnej państwa, która powinna być prowadzona przez władze centralne.

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 została powierzona władzom publicznym (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), jednakże obowiązek finansowania świadczeń zdrowotnych nie ciąży w takim samym zakresie na organach władzy rządowej i samorządowej. Szczególna rola w tym zakresie przypada Narodowemu Funduszowi Zdrowia jako dysponentowi środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i stronie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie unormowań ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia jest faktycznym organizatorem systemu ochrony zdrowia, będąc bowiem zasadniczo wyłącznym dysponentem środków finansowych ma realny wpływ i decyduje o kształcie tego systemu. Obowiązek Narodowego Funduszu Zdrowia polega zatem na należywym finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

Organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej jest zadaniem władz centralnych, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową osobą prawną i jednostką sektora finansów publicznych, powołaną do realizacji zadań publicznych. Tymczasem to na samorząd terytorialny, w tym Samorząd Województwa Mazowieckiego, został przerzucony bez żadnych ograniczeń obowiązek finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których jest podmiotem tworzącym - bez względu na przyczyny, które spowodowały ujemny wynik finansowy tych podmiotów.

Narastające zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może mieć różne podłoże, począwszy od złego zarządzania takimi podmiotami, przez brak znacniejszego majątku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a w szczególności brak zbywalnych praw do nieruchomości, i co za tym idzie, brak większych możliwości uzyskania kredytu oraz poważniejszych środków ze sprzedaży majątku, po wadliwy systemem finansowania opieki zdrowotnej w kraju, w tym powszechnie znany fakt systematycznego niedoszacowania bądź zaniżenia kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz brak refundacji nadwykonań, pomimo nałożenia na te zakłady prawnego obowiązku udzielenia pomocy wszystkim osobom, których życie i zdrowie jest zagrożone. Ujemny wynik finansowy spowodowany jest m.in. niedoszacowaniem w kontrakcie kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Niedoszacowane koszty świadczeń ponoszone są w konsekwencji przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co zwiększa koszty ich działalności, a w konsekwencji, poprzez art. 59 ustawy o działalności leczniczej, przenoszone są na samorządy województw. Samorządy od dawna sygnalizują fakt, iż Fundusz nie chce pokrywać tych kosztów

⁶ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

w całości, bo kwestionuje zasadność ich dużej części. Szpital może domagać się zwrotu pieniędzy za nadwykonania tylko wtedy, gdy dotyczyły one przyjęć w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta. Tymczasem Narodowy Fundusz Zdrowia twierdzi, że większość nadwykonań nie dotyczy tego typu sytuacji, tylko tzw. przyjęć planowych, czyli takich, które można przesunąć w czasie. Problem niezapłaconych nadwykonań dotyczy większości limitowanych świadczeń, a sam fakt występowania nadlimitów przy ograniczonym dostępie do świadczeń, obrazuje rzeczywiste potrzeby zabezpieczenia zdrowotnego lokalnej społeczności, co niestety nie jest uwzględniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy udzielaniu kontraktów.

Samorząd województwa, jako podmiot tworzący samodzielny zakład opieki zdrowotnej, ma w związku z tym ograniczony wpływ na środki będące w dyspozycji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, stąd nie powinien odpowiadać politycznie i finansowo za wszelkie niedobory finansowe tych placówek, bez względu na przyczyny, które ów stan spowodowały. Jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać zakładom dotacje jedynie na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakupy aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych⁷ - obowiązujące przepisy nie dopuszczają możliwości dotowania działalności bieżącej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Samorząd terytorialny jest zatem jedynie współpartnerem państwa w realizacji zadania publicznego, jakim jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, stąd system finansowania tego zadania, ukształtowany przez ustawodawcę nie może znosić odpowiedzialności państwa za jego realizację, przerzucając odium społeczne i cały ciężar tej odpowiedzialności na samorząd terytorialny. Nie oznacza to, że Samorząd Województwa Mazowieckiego nie czuje się zobowiązany do współdziałania z państwem dla zapewnienia efektywnego realizowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednak nie jest on w stanie godzić się na ponoszenie pełnej odpowiedzialności finansowej, organizacyjnej i społecznej, wynikającej z braku płynności finansowej tych placówek - i to bez względu na przyczyny jej powstania.

Obowiązek finansowania ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez samorząd województwa oznacza *de facto* obowiązek ponoszenia kosztów utrzymania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w pełnym zakresie niefinansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie rozwiązanie jest niezgodne z ogólnymi zasadami dotyczącymi sposobu i form finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne, z których wynika, że podmioty te (a zwłaszcza jednostki samorządu terytorialnego) mogą finansować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej tylko w takim zakresie, w jakim to odpowiada potrzebie realizacji wskazanych w art. 48 powołanej

⁷ Art. 114 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.⁸ ogólnych wytycznych, oraz w zakresie norm *expressis verbis* wymienionych w art. 55 ustawy o działalności leczniczej⁹.

Nałożenie na samorząd województwa obowiązku finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej wykracza również poza obowiązki wynikające z pełnienia funkcji określanych jako właścicielskie przez podmiot tworzący te zakłady. Samorząd województwa może odpowiadać finansowo za tę sferę funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która została poddana jego pieczy, np. za niewłaściwe zarządzanie zakładem. Nie powinien natomiast odpowiadać za następstwa finansowe ustawowego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym mieszkańcom, którzy zwracają się o udzielenie tych świadczeń, w sytuacji gdy finansowanie tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia okazało się niedostateczne. Samorząd terytorialny, w tym samorząd wojewódzki, nie został wyposażony w instrumenty prawne pozwalające mu skutecznie reagować na realizowane przez samodzielne zakłady opieki zdrowotnej nadwykonania świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca nie określił jednak ram ponoszenia odpowiedzialności finansowej samorządu województwa w omawianym zakresie, czego wyrazem jest to, że w art. 59 ustawy o działalności leczniczej nakazał podmiotom tworzącym automatyczne finansowanie ujemnego wyniku finansowego zakładu w pełnym zakresie. W ten sposób ustawodawca kreuje niejako kategorię świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym, które sfinansować winien samorząd województwa, jednak dla takiego wyodrębnienia brak podstaw w obowiązującym systemie prawnym, nadto zadanie publiczne polegające na zapewnieniu wszystkim uprawnionym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie ma znamion lokalności czy regionalności, znaczenia, które dałoby się terytorialnie wyznaczyć.

2. Podział zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny winien następować w sposób wyznaczony przez art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Przepis ów nie zna innej kategorii zadań samorządu terytorialnego niż zadania własne i zadania zlecone.

Finansowanie niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w pełnym zakresie nie może być postrzegane ani jako zadanie własne samorządu (art. 166 ust.1 Konstytucji RP), ani nawet zadanie zlecone (art. 166 ust. 2 Konstytucji RP) - jako że ustawodawca nie wyposażył samorządów w możliwość kreatywnego oddziaływania na sposób realizacji tego obowiązku, w zakresie wymaganym dla zadań zleconych, a tym bardziej zadań własnych (w ramach których powinno się mieć odpowiednią swobodę doboru właściwych rozwiązań), a zarazem, jeżeli miałyby to być zadania zlecone, nie zapewnił ich finansowania

⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁹ M. Dercz, *Komentarz do art. 59 ustawy o działalności leczniczej* [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, ABC 2012.

poprzez mechanizm dotacji celowej. Co więcej, ustawodawca, inaczej niż w przypadku innych podmiotów, które z założenia mają być samodzielne finansowo, nie pozwala samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na sfinansowanie ujemnych wyników finansowych ze środków uzyskanych w kolejnych latach, co z kolei rodzi po stronie samorządu województwa, jako podmiotu tworzącego, automatyczny obowiązek finansowania każdego deficytu tych zakładów.

Nie pozostawia się także organowi stanowiącemu samorządu województwa możliwości wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które w jego przekonaniu byłyby optymalne, tak finansowo, jak i z punktu widzenia interesu społeczności lokalnej, co pozbawia go uprawnień charakterystycznych dla podmiotu sprawującego nadzór właścicielski nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Z powyższych względów uznać należy, iż użyte w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej sformułowanie: „*Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, (...) pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu*”, stanowi pozór prawa do podjęcia takiej decyzji. W istocie bowiem jest to obowiązek takiego zachowania bez innej alternatywy - z wyjątkiem tych, o których mowa w ust. 4 zaskarżonego przepisu, a które, w świetle art. 61 i art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy, również oznaczają konieczność przynajmniej częściowego pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Jak wyjaśnił Trybunał Konstytucyjny w sprawie o sygn. U 8/00: „*Z istoty (...) zadania własnego wynika, iż jego finansowanie musi mieć charakter samodzielny i kreatywny, tzn. 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 i finansowaniu. Stąd też odpowiedniość wyposażenia samorządu w dochody przeznaczone na realizację zadań własnych, na ogół nie wyraża się wprost i jedynie w konkretnych kwotach ani procentach przekazanych środków – lecz w zespole cech, które pozwalają łączyć harmonijnie samodzielność wykonywania i finansowania zadania z taką wysokością środków, płynących z przekazanego ustawowo źródła oraz z taką formą prawną, by tej samodzielności nie zniweczyć, ani też nie uniemożliwić w ogóle wykonywania zadania (...)* Z istoty zadania własnego samorządu wynika zatem to, że zakres i sposób jego finansowania winien zawsze być przedmiotem decyzji politycznej odpowiednich organów, które same decydują o sposobie jego wykonania w relacji do wykonywania innych zadań własnych”¹⁰.

Z kolei „*cecha wyróżniająca zadań zleczanych samorządowi to niezbędny margines swobody wykonawczej po to, by zadania mogły być wykonywane zarówno w imieniu państwa, jak i w imieniu samorządu (lokalnej wspólnoty, reprezentowanej przez organy stanowiące). Mamy więc do czynienia z odpowiedzialnością solidarną władz centralnych i samorządowych za*

¹⁰ Wyrok TK z 28 czerwca 2001 r., sygn. U. 8/00, OTK ZU nr 5/2001, poz. 123.

wykonywanie zadań zleconych. Te pierwsze odpowiadają politycznie i prawnie za zakres zadania zleconego oraz odpowiednie sprecyzowanie ustawowe sposobu i trybu wykonywania tego zadania, a także za wysokość i terminowość przekazywanej dotacji – tak jednak, by zachować niezbędną swobodę wykonawczą dla organów stanowiących j.s.t. Te drugie za sposób wykonywania zadania zarówno przed organami centralnymi, jak i przed społecznością lokalną¹¹.

Zlecenie zadań jednostkom samorządu terytorialnego winno wynikać z uzasadnionych potrzeb państwa (art. 166 ust. 2 Konstytucji RP). Nakłada to na ustawodawcę obowiązek uzasadnienia każdej regulacji dotyczącej zadań zleconych¹².

W przekonaniu Wnioskodawcy, obowiązkowi temu ustawodawca w tym przypadku nie sprostał, gdyż za takie uzasadnienie nie może uchodzić jedynie fakt, iż wystarczające finansowanie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest możliwe, przy jednoczesnym braku odniesienia tej sytuacji do realnych możliwości, w tym finansowych, realizacji powyższych zadań przez samorząd terytorialny. Nadto "uzasadnione potrzeby państwa" powinny co do zasady mieć charakter przejściowy - jeżeli potrzeby trwale uniemożliwiają wykonywanie zadań na szczeblu centralnym, ustawodawca powinien traktować je jako zadania własne samorządu terytorialnego¹³ z wszelkimi wynikającymi z tego faktu gwarancjami wyposażenia jednostki samorządu terytorialnego w adekwatne do konieczności efektywnego wykonywania zadania środki finansowe oraz samodzielność decyzyjną, gdy chodzi o zakres i sposób realizacji zadania. Przekazanie samorządom przez art. 59 ustawy o działalności leczniczej obowiązków finansowych i organizacyjnych nastąpiło na czas nieokreślony, jednak bez wskazanych wyżej gwarancji.

Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny, z zasady państwa prawnego wynika obowiązek poprawnej legislacji w zakresie dotyczącym kompetencji organów państwa realizujących prawem określone funkcje, a przez to ustrojowa poprawność w zakresie zasad organizacji państwa w poszczególnych płaszczyznach jego aktywności. Jest to nie tylko obowiązek powierzenia zadań państwa tym organom, które są je w stanie realizować z poszanowaniem wartości ogólnosystemowych. Wiąże się to siłą rzeczy także z czytelnym i jasnym uregulowaniem zasad nadzoru oraz środków prawnych pozwalających na ich skuteczne realizowanie¹⁴. Przyjęcie odmiennego stanowiska musiałoby oznaczać, że ciężar realizacji celów ogólnych może być zawsze przenoszony, w całości lub w przeważającej mierze, na określoną społeczność terytorialną, a w konsekwencji gwarancje konstytucyjne w odniesieniu do autonomii prawnej

¹¹ T. Dębowska - Romanowska, *Prawne i pozaprawne uwarunkowania skuteczności gwarancji wynikających z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji [w:] Finanse komunalne a Konstytucja, Warszawa 2012, s. 32.*

¹² B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009, s. 753.*

¹³ T. Dębowska - Romanowska, *Prawne i pozaprawne..., op. cit., s. 35.*

¹⁴ *Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03.*

i majątkowej jednostki samorządu terytorialnego, miałyby charakter pozorny¹⁵.

Przyjęty przez ustawodawcę system ponoszenia odpowiedzialności finansowej, prawnej i politycznej samorządu województwa za niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie spełnia, w przekonaniu Wnioskodawcy, powyższych wymagań konstytucyjnych.

Nie znajduje on również uzasadnienia w konstytucyjnej zasadzie pomocniczości - jako, że, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, powinna być ona rozumiana w całej swej złożoności, 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 możliwe¹⁶.

Niezgodność art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 2 Konstytucji RP

Zasada demokratycznego państwa prawnego, sformułowana w art. 2 Konstytucji RP, wymaga kształtowania stosunków między państwem a samorządem terytorialnym w sposób rzetelny i prawidłowy. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, *„ład publiczny to także ład w podziale zadań publicznych o znaczeniu lokalnym, które mogą być realizowane przez różne organy i organizacje. Samorząd terytorialny (organy gminy) oraz jego wojewódzka reprezentacja (sejmik samorządowy) realizuje tylko część zadań lokalnych, inne zadania realizują między innymi organy administracji rządowej. Nowe kompetencje tak jak i nowe zadania mogą być nałożone na właściwe organy władzy publicznej tylko w drodze ustawy. Dla możliwości realizowania zadań (ogólnej kompetencji) niezbędny jest więc przepis ustawy szczególnej, który określi zakres kompetencji i powiąże go jednoznacznie z konkretną jednostką samorządu terytorialnego”*¹⁷.

Przekazanie zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego przez ustawodawcę w sposób prawidłowy powinno zatem nastąpić wprost, w sposób dookreślony i w drodze ustawy. Wymaga tego zasada zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, która ma istotne znaczenie w relacjach między organami państwa a jednostkami samorządu terytorialnego, u podstaw których winna leżeć zasada lojalnej współpracy¹⁸.

Precyzyjne wskazanie zakresu zadań realizowanych przez samorząd terytorialny ma kapitalne znaczenie nie tylko dla wiarygodności państwa jako partnera publicznego, ale również dla mieszkańców danej wspólnoty lokalnej, którzy 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.

¹⁵ Zob. wyrok TK z dnia 25 listopada 2003 r., sygn. K 37/02.

¹⁶ Zob. wyrok TK z dnia 18 lutego 2003 r., sygn. K 24/02, OTK ZU nr 2/A/2003, poz. 11.

¹⁷ Wyrok TK z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. akt K 20/99.

¹⁸ Wyrok TK z 12 marca 2007 r., sygn. akt K 54/05.

Artykuł 59 ustawy o działalności leczniczej pozornie tylko, jak zostało to wykazane, pozostawia możliwość wyboru samorządowi województwa w zakresie finansowania ujemnego wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W istocie nakłada na podmiot tworzący prawny obowiązek takiego działania lub obowiązek poniesienia kosztów przekształcenia lub likwidacji zakładu, w każdym przypadku wykazania przez ów podmiot ujemnego wyniku finansowego za rok obrotowy.

Obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego samorządowego zakładu opieki zdrowotnej przez podmiot tworzący może być postrzegany jedynie jako następstwo prawne przyjętego zadania, nie zaś zadanie publiczne w rozumieniu art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP¹⁹. Rzeczywiste znaczenie art. 59 ustawy o działalności leczniczej jest jednak inne niż to, które wynika z jego literalnego brzmienia. *De facto*, ze względu na brak wyznaczenia przez ustawodawcę ram odpowiedzialności samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustawodawca wykroczył poza kompetencje - i związaną z nimi odpowiedzialność - samorządu województwa jako podmiotu tworzącego zakład i zobowiązał samorząd dodatkowo do ponoszenia odpowiedzialności finansowej, prawnej i politycznej za zrealizowane a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadwykonania świadczeń zdrowotnych. Artykuł 59 ustawy o działalności leczniczej ma zatem takie znaczenie, że zwalnia władze centralne, działające poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia, z obowiązku racjonalnej i efektywnej organizacji i finansowania opieki zdrowotnej.

Taki sposób zlecania zadań publicznych przez ustawodawcę w sposób oczywisty narusza zasadę demokratycznego państwa prawnego, która oznacza również *„nakaz tworzenia przepisów klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego 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”*²⁰.

Jednocześnie nie istnieje żaden inny przepis w obowiązującym systemie prawnym, który nakazywałby ponoszenie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadwykonania świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie wprowadzał kategorię świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym, których następstwem byłby obowiązek ich finansowania w sposób przewidziany przez art. 59 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁹ Wyrok TK z dnia 12 października 2004 r., sygn. akt K 31/02.

²⁰ Wyrok TK z dnia 21 marca 2001 r., sygn. K 24/00.

Niezgodność z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP

Użyte przez ustawodawcę w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej określenie, iż „Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej **może** (...) pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną - do wysokości tej wartości”, stanowi pozorną alternatywę dla podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jeszcze z innego powodu.

Jak już wskazano, automatycznym następstwem niepokrycia ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez samorząd województwa jest obowiązek przekształcenia zakładu w inną formę organizacyjno-prawną lub likwidacja. Jednocześnie ustawodawca nie przewidział przesłanek, innych niż ekonomiczne, podjęcia decyzji o przekształceniu lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²¹, który był odpowiednikiem obecnego art. 60 ustawy o działalności leczniczej, wymagana była analiza w celu ustalenia czy zaprzestanie działalności danego zakładu w zakresie jego celów i nałożonych na niego zadań - w sytuacji gdy nie może ich przejąć inny zakład, tak aby mógł on zapewnić nieprzerwaną opiekę zdrowotną nad ludnością, która korzystała z usług zakładu mającego zaprzestać działalności z powodu osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego - powinno skutkować jego likwidacją, czy też tylko zmianą formy prowadzenia na jednostkę budżetową albo zakład budżetowy. Jeżeli po przeprowadzeniu tej analizy okazywało się, że inny zakład nie był w stanie należycie obsłużyć ludności danego terenu, publiczny organ założycielski zobowiązany był dalej utrzymywać dany zakład.

Obecne alternatywy, przewidziane art. 59 ustawy o działalności leczniczej są antyspołeczne, znacznie utrudniają realizację nałożonych na samorzady przez art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zadań i, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, mogą być zadowalające jedynie do „rynkowo” nastawionego właściwego ministra - Ministra Zdrowia²².

Powszechnie wiadome jest, że znaczna liczba samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ma wieloletnie ujemne wyniki finansowe i zadłużenia niekiedy wyższe niż całoroczne budżety ich podmiotów tworzących. W takiej sytuacji, ustawodawca, mimo formalnie występujących alternatyw, skazuje takie zadłużone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na likwidację lub komercjalizację, która *de facto* skończyć się może pełną prywatyzacją – „i to może być właściwa odpowiedź, jeżeli chodzi o cel dokonywanych obecnych

²¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

²² M. Dercz, *Komentarz do art. 59 ustawy o działalności leczniczej [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, ABC 2012.*

zmian organizacyjno-prawnych²³.

Na władze publiczne, w tym samorząd województwa, ustawodawca konstytucyjny nakłada tymczasem prawny obowiązek zapewnienia równego dostępu, bez względu na sytuację majątkową, do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych to zadanie publiczne, na którego treść składa się powszechność i dostępność tych świadczeń, które to cechy winny stanowić główne kryteria decyzji samorządu, czy samodzielny zakład opieki zdrowotnej przekształcać, likwidować, czy też finansować jego niedobory finansowe. Brak możliwości ocen w tym zakresie nie tylko pozbawia samorząd województwa, w tym samorząd województwa mazowieckiego, uprawnień do realizacji powierzonego mu zadania publicznego w sposób samodzielny, co gwarantuje mu art. 166 ust. 1 Konstytucji RP, ale czyni mocno utrudnionym wykonywanie tego zadania w ogóle.

Usługi związane ze świadczeniami opieki zdrowotnej należy zakwalifikować do kategorii usług użyteczności publicznej, tj. zaspokajających podstawowe i elementarne potrzeby członków społeczeństwa, w związku z czym świadczenie tych usług powinno następować w sposób bieżący i nieprzerwany²⁴.

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno-prawną nie daje ani gwarancji polepszenia kondycji finansowej nowo powstałego podmiotu, ani nie zapewnia, iż świadczenia opieki zdrowotnej będą realizowane w sposób nieprzerwany i równy dla wszystkich bez względu na ich sytuację materialną i wreszcie może się okazać istotnym obciążeniem finansowym dla podmiotu tworzącego zakład, który ulega przekształceniu.

Powyższe stwierdzenie znajduje uzasadnienie w dalszych unormowaniach ustawy o działalności leczniczej.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może zostać przekształcony jedynie w spółkę kapitałową, na zasadach określonych w art. 70 - 82 ustawy o działalności leczniczej. Spółka powstała w wyniku przekształcenia staje się następcą prawnym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wstępując w jego prawa i obowiązki. Spółka kapitałowa powstała w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uzyskuje status podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą. Powstały na skutek przekształcenia podmiot leczniczy podlega reżimowi prawnemu, określönemu w szczególności przez Kodeks spółek handlowych²⁵ czy Prawo upadłościowe i naprawcze²⁶. Uzyskanie przez

²³ *Ibidem*.

²⁴ M. Szydło, *Nadużywanie pozycji dominującej w prawie konkurencji*, Warszawa 2010, s. 26 i n. oraz cyt. tam lit.

²⁵ Ustawa z dnia 15 września 2000 r., - *Kodeks spółek handlowych*, Dz. U. Nr 94, poz. 1037 ze zm.

²⁶ Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r., *Prawo upadłościowe i naprawcze*, Dz. U. z 2012 r., poz. 1112 ze zm.

przekształcony w spółkę podmiot leczniczy zdolności upadłościowej stanowi jeden z ważniejszych skutków zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Ustawa o działalności leczniczej nie wprowadziła bowiem żadnych szczególnych regulacji ograniczających zastosowanie prawa upadłościowego wobec podmiotu leczniczego.

Obecne regulacje ustawy o działalności leczniczej nie przewidują jakichkolwiek rygorów prawnych mających zapewnić ciągłość kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych przez nowo powstałą spółkę kapitałową, jak i w ogóle ciągłość funkcjonowania tej placówki²⁷.

Będąc następcą prawnym zadłużonego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, spółka kapitałowa przejmuje co do zasady zobowiązania finansowe poprzednika prawnego. Podmiot tworzący ma co prawda prawny obowiązek przejęcia zobowiązań przekształcanego zakładu, do wysokości powodującej nieprzekroczenie wskaźnika zadłużenia wartości 0,5²⁸, jednak sfinansowanie pozostałych zobowiązań zakładu, mające na celu zapewnienie efektywnego funkcjonowania nowego podmiotu leczniczego zależeć musi od możliwości finansowych budżetu podmiotu tworzącego.

Przekształcenie nie wyeliminuje także problemów odnoszących się do czynników zewnętrznych związanych m. in. z niską wyceną procedur medycznych, niedoszacowaniem kontraktów czy opóźnień w regulowaniu płatności za nadwykonania²⁹. Wieloaspektowe przyczyny zadłużania się podmiotów leczniczych dotyczą zarówno podmioty działające w formie samodzielnych zakładów, jak i spółek prawa handlowego, stąd upadłość spółki będącej podmiotem leczniczym nie jest nieprawdopodobną, a to z kolei stawia pod znakiem zapytania realną możliwość gwarantowania przez samorząd województwa nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Jeżeli sytuacja finansowa budżetu podmiotu tworzącego nie pozwoli na sfinansowanie ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub koszty przekształcenia w spółkę prawa handlowego miałyby okazać się zbyt wysokie w stosunku do możliwości finansowych budżetu, podmiot, który utworzył zakład, ma jeszcze „możliwość” jego likwidacji. Decyzja ta w największym stopniu stawia pod znakiem zapytania możliwość wywiązania się samorządu województwa, w tym samorządu województwa mazowieckiego, z obowiązku nałożonego nań przez art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, i oczywiście winna być postrzegana jako ostateczność, jednak może okazać się nieunikniona ze względu na przesłanki ekonomiczne, którymi przede wszystkim, zgodnie z art. 59 ustawy o działalności leczniczej, winien kierować się

²⁷ A. Rabięga - Przyłęcka, *Rola samorządu terytorialnego w przekształceniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*, „Samorząd Terytorialny” 12/2012.

²⁸ Art. 72 ustawy o działalności leczniczej – wskazany we wniosku w odniesieniu do ust. 1 pkt 1.

²⁹ Zob. M. Solecka, *Komercjalizacja, konsolidacja – recepta na przetrwanie, a może rozwój*, „Służba Zdrowia” z 8.10.2012 r., s. 23.

podmiot tworzący zakład.

Powodowany przymusem ekonomicznym samorząd województwa nie może uchylić się od takiej decyzji powołując się na konieczność zapewnienia dalszych nieprzerwanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom do nich uprawnionym, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków ich udzielania i jakości,³⁰ licząc na wsparcie finansowe państwa. Brak decyzji o przekształceniu lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym niepokryciu ujemnego wyniku finansowego tego podmiotu przez samorząd województwa, ze względu na ograniczone możliwości finansowe budżetu zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego może być potraktowany jak działanie bezprawne, ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami³¹.

W poprzednio obowiązującym stanie prawnym warunkiem *sine qua non* legalności postępowania likwidacyjnego publicznej placówki, a zarazem gwarantem ochrony interesu publicznego, była konieczność określenia w akcie likwidującym placówki 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 jakości³². W literaturze przedmiotu ocenia się brak analogicznej regulacji jako rozwiązanie wskazujące na ukrytą intencję ustawodawcy do rozpoczęcia niekontrolowanego procesu ograniczania liczby publicznych podmiotów leczniczych przy jednoczesnym braku zabezpieczenia ustawowego w odniesieniu do wskazania liczby łóżek szpitalnych i ilości personelu medycznego na jednego pacjenta, jaki winien być na minimalnym poziomie zabezpieczony przez władze publiczne³³.

W tym kontekście aktualne pozostaje stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, wyrażone w wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r.³⁴. Dokonując analizy treści art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej Trybunał Konstytucyjny podkreślił, iż przy podejmowaniu przez samorząd uchwały o przekształceniu lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego tego podmiotu wykluczony winien być automatyzm, „(...) i to z kilku przynajmniej względów: po pierwsze – automatyzm taki prowadziłby do sprzeczności z podstawowym, systemowym, normatywnym celem, ze względu na który tworzone były samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; po drugie – czasowe zadłużenie tego rodzaju podmiotów i ujemny wynik finansowy może być tylko stanem przejściowym; po trzecie – z działalnością samodzielnych, posiadających osobowość prawną zakładów opieki zdrowotnej, wiązać się może stan permanentnego zadłużenia zakładu, związanego nie tyle ze złą

³⁰ M. Dercz, Komentarz do art. 59 ustawy o działalności leczniczej [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej..., op. cit.

³¹ Por. wyrok SN z dnia 29 października 2003 r., sygn. akt. III CK 134/02, wyrok SN z dnia 4 kwietnia 2005 r., sygn. akt II CK 600/04.

³² Art. 43 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, por. także A. Rabiega - Przyłęcka, Rola samorządu terytorialnego..., op. cit.

³³ M. Dercz, Komentarz do art. 59 ustawy o działalności leczniczej [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej..., op. cit.

³⁴ Sygn. akt K. 20/99

ich kondycją finansową, co sposobem egzekwowania należności finansowych i zobowiązań związanych ze świadczeniem usług. W takim układzie odniesienia automatyzm w zakresie stosowania środków przewidzianych w art. 60 ust. 3 prowadzić mógłby do celów sprzecznych z założeniami systemowymi. (...) Dlatego też środki prawne przewidziane w art. 60 ust. 3 należałoby traktować jako swoistego 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.”

Na przeszkodzie do zapewnienia nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez samorząd województwa może stanąć również konieczność podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie przewidzianym w art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, tj. w terminie 12 miesięcy, licząc od chwili upływu trzymiesięcznego terminu od zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (z uwzględnieniem treści art. 216 tej ustawy). Założone w ustawie terminy na dokonanie zmian organizacyjno-prawnych jednostek i brak możliwości ich przedłużenia zmuszają samorządy do podjęcia bardzo istotnych z punktu widzenia interesu społecznego decyzji w bardzo krótkim czasie. Nadto, chcąc uzyskać pomoc finansową ze strony państwa w postaci dotacji i umorzenia zobowiązań publicznoprawnych przekształcanych zakładów, samorząd województwa musiałby przeprowadzić procedury wymagane przez ustawę o działalności leczniczej, do końca 2013 roku. Obowiązek uzyskania dla projektów uchwał o przekształceniu opinii rad społecznych oraz ewentualne konsultacje ze związkami zawodowymi i wycena nieruchomości w tak krótkim czasie, czyni wręcz nieprawdopodobnym przeprowadzenie tych postępowań, przy tak dużej ilości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym pozostaje samorząd województwa, w tym Województwa Mazowieckiego.

W obecnym stanie prawnym świadczenie opieki zdrowotnej realizowane ze środków publicznych przekazanych z Narodowego Funduszu Zdrowia może być powierzone co prawda także podmiotom prywatnym, jednak nie mogą one stać się gwarantem zapewnienia równego dla wszystkich dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie nie mogą w pełni zastąpić likwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podmioty te nie wiążą bowiem spoczywający na władzach publicznych obowiązek zapewnienia powszechności i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Samorząd województwa nie posiada również prawnych środków oddziaływania na te podmioty, dla zagwarantowania przez nie równego dla wszystkich dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, za co ponosi odpowiedzialność polityczną przed swoimi wyborcami. Zgodnie bowiem z art. 38 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, jednostka

samorządu terytorialnego może nałożyć obowiązek wykonania zadania w tym zakresie jedynie na podmiot leczniczy będący samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka.

Również w literaturze przedmiotu wskazuje się, że bez względu na ocenę funkcjonowania publicznych jednostek opieki zdrowotnej należy stwierdzić, że jednostki te pełniły i pełnią szczególną rolę. Przede wszystkim, obowiązek wykonywania zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia obciąża z mocy ustawy wyłącznie władzę publiczną. Jednym z przejawów realizacji tych zadań może być zapewnienie prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego opartego na kapitale publicznym (w tym jednostki samorządu terytorialnego). Występujące w tym wypadku powiązania majątkowe umożliwiają podmiotowi publicznemu lepsze oddziaływanie na podmiot leczniczy, w szczególności na zakres oraz sposób zaspokajania potrzeb związanych z ochroną zdrowia³⁵. Możliwość natomiast oddziaływania władzy publicznej na niepubliczne podmioty lecznicze jest ograniczona. Przede wszystkim władza publiczna nie jest w stanie zagwarantować, że podmioty te w ogóle będą funkcjonować. Ponadto ingerencja w zakres udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych jest możliwa wyłącznie w granicach wskazanych ustawą³⁶. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż zasób środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ograniczony, przy czym ustawodawca przyjął zasadę, że wysokość łącznych zobowiązań NFZ, które wynikają z zawartych ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu³⁷. Rozwiązanie to, mające zapewniać równowagę finansową systemu, oznacza jednak, że ze względu na brak porozumienia między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami, w szczególności w przedmiocie ceny, dla określonego obszaru w zakresie danej kategorii świadczeń może nie dojść do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁸. W tej sytuacji pod znakiem zapytania staje realna możliwość realizacji przez władze publiczne, w tym samorząd województwa mazowieckiego, obowiązku wynikającego z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

W tym kontekście istotne znaczenie należy przypisać stanowisku Trybunału Konstytucyjnego wyrażonemu w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., iż art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie przesądza co do konstrukcji systemu ochrony zdrowia, w tym struktury własnościowej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jednak na władzach publicznych ciąży obowiązek **rzeczywistego** zapewnienia warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, co

³⁵ A. Pyrzyńska, *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych*, „Państwo i Prawo” 2011/12.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Art. 132 ust. 5 u.ś.o.z.

³⁸ A. Pyrzyńska, *Dostęp pacjenta...*, *op. cit.*

oznacza, że prawo to nie może być traktowane jako iluzoryczne czy też czysto potencjalne. Tym samym system ochrony zdrowia jako całość musi być efektywny oraz dostępny na równych zasadach dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zapewnienie takiego standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne. Wskazane cechy systemu oznaczają, że newralgicznego znaczenia nabiera prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia³⁹.

Na temat roli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się także w wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r.⁴⁰, stwierdzając, że poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem "*publiczny*" ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego - na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa, chociaż przez nadanie im osobowości prawnej uzyskały one duży stopień samodzielności oraz niezależną od Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego podmiotowość prawną (w sferze stosunków majątkowych). Okoliczność, że w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego stwarza, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, gwarancję i zabezpieczenie realizowania przez te zakłady celów związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP.

Nadto, podkreślić należy, iż wiele mazowieckich szpitali to placówki realizujące świadczenia wysokospecjalistyczne, z którymi ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt medyczny, przystosowania pomieszczeń czy stopień specjalizacji personelu medycznego nie mogą konkurować inne podmioty lecznicze. Są to jednocześnie te zakłady, które generują wysokie koszty związane z ich funkcjonowaniem i przez to niejednokrotnie konieczność udzielenia im wsparcia finansowego przez samorząd województwa. Mimo istnienia przesłanek ekonomicznych dla przekształcenia lub likwidacji Samorząd Województwa Mazowieckiego, powodowany poczuciem odpowiedzialności za realizację zadania publicznego, nałożonego nań przez art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, nie może pozwolić sobie na ich likwidację, co z kolei powoduje znaczne obciążenia dla budżetu, które może się okazać nadmierne w stosunku do możliwości finansowych samorządu.

Konkludując, przymus podjęcia przez Samorząd Województwa Mazowieckiego, w sposób automatyczny, oparty na przesłankach czysto ekonomicznych, w bardzo krótkim czasie jednej z decyzji nakazanych przez art. 59 ustawy o działalności leczniczej, stawia pod znakiem zapytania realną możliwość wywiązywania się przez ten podmiot z realizacji zadania publicznego w zakresie

³⁹ Sygn. akt K 14/03.

⁴⁰ Sygn. akt K 20/99 OTK 2000, nr 5, poz. 140.

zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, nałożonego na władze publiczne przez ustrojodawcę w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Nadto, system pełnej odpowiedzialności finansowej, politycznej i prawnej ponoszonej przez samorząd województwa za wszelkie niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wykreowany przez art. 59 ustawy o działalności leczniczej w związku z powołanymi we wniosku przepisami tej ustawy narusza konstytucyjnie ukształtowany w art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP system podziału zadań publicznych między 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. Oznacza to przekazanie lub zlecenie samorządom nowego zadania publicznego do realizacji, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i przekazane wprost, nie posiada 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 zakłady opieki zdrowotnej.

Z powyższych względów, zdaniem Wnioskodawcy, art. 59 ustawy o działalności leczniczej jest niezgodny z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 oraz w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Niezgodność art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP

Artykuł 167 ust. 4 Konstytucji RP wskazuje, iż zmianom w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego winny towarzyszyć zmiany w podziale dochodów publicznych.

Zgodnie z art. 216 ustawy o działalności leczniczej obowiązek przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno - prawną lub jego likwidacji przez podmiot tworzący, w sytuacji niesfinansowania ujemnego wyniku finansowego zakładu, powstanie po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy, tj. w 2013 roku. Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono tym samym obowiązek ponoszenia pełnej odpowiedzialności finansowej za ujemny wynik finansowy nowych podmiotów leczniczych, jednocześnie nie zapewniając im odpowiednich do tego środków finansowych, co w konsekwencji może doprowadzić społeczności lokalne do finansowej zapaści⁴¹.

Ustawodawca nie bierze pod uwagę faktu, że samorzady, będące często organami

⁴¹ Zob. M. Kulesza, *Obowiązkowe przekształcenia szpitali w spółki pogrążą samorzady. Wywiad*, „Gazeta Prawna” z 25.09.2012 r., s. B7.

prowadzącymi dla wielu zakładów opieki zdrowotnej, nie będą w stanie przejąć powyższych ciężarów finansowych, bez zasadniczej straty dla pozostałej, bieżącej działalności, do jakiej prowadzenia zobowiązane są przede wszystkim na mocy ustaw, a także bez poważnego zagrożenia dla realizacji inwestycji wieloletnich, zwłaszcza tych rozpoczętych. Należy podkreślić, iż wiele samorządów, w tym Województwo Mazowieckie, wspierając szpitale w ostatnich latach poniosło ogromne koszty, w tym na inwestycje związane z gruntowną modernizacją szpitali, wymianą wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia, tworząc nowoczesne, dobrze wyposażone placówki o wysokim standardzie. Modernizacja szpitali zwiększa komfort leczenia i pracy, jak również zwiększa bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednak pociąga za sobą wzrost kosztów, chociażby z tytułu opłat za media, sprzęt czy leki. Koszty związane z ochroną zdrowia, ponoszone przez Samorząd Województwa Mazowieckiego są wynikiem realizacji funkcji właścicielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również realizacji zadań własnych nałożonych przez art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa⁴² w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Obowiązki finansowe Samorządu Województwa Mazowieckiego, na co zwracano już uwagę, wynikają z nałożonych na ten podmiot przez art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Do zadań Województwa Mazowieckiego w zakresie ochrony zdrowia, których wykonywanie wiąże się z obowiązkami finansowymi, należą również te, które zostały nałożone przez art. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴³, art. 15 i art. 21 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy⁴⁴, ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴⁵, ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych⁴⁶, jak również ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁷. W najbliższych latach Samorząd Województwa Mazowieckiego będzie musiał się zmierzyć z obowiązkami finansowymi wynikającymi z konieczności dostosowania bazy lokalowo-sprzętowej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych (do roku 2016)⁴⁸ oraz do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁹ (do roku 2014).

Pomimo ogromnego wysiłku finansowego, jakie samorzady podjęły i podejmują w celu zagwarantowania funkcjonowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie, dla realizacji

⁴² Dz. U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1590 ze zm.

⁴³ Dz. U. z 2011r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.

⁴⁴ Dz. U. z 2004 r., Nr 125, poz. 1317 ze zm.

⁴⁵ Dz. U. z 2012 r., Nr 1356 ze zm.

⁴⁶ Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 ze zm.

⁴⁷ Dz. U. z 2012 r., Nr 124 ze zm.

⁴⁸ Por. art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

⁴⁹ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r., Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

nieprzerwanego i równego dla wszystkich dostępu do świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, wiele samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie jest w stanie zachować płynności finansowej, co stwarza silne domniemanie, że przynajmniej w dużej części sytuacja ta jest wynikiem niedostatecznego, w stosunku do potrzeb zasilania tych podmiotów w środki publiczne z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dowodzą tego aktualne dane odnoszące się do finansowania ochrony zdrowia w Województwie Mazowieckim. Planowane wyniki finansowe na koniec roku 2012 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego (załącznik nr 2), wskazują, że Samorząd Województwa Mazowieckiego, ze względu na trudną, powszechnie już znaną, sytuację finansową, nie jest w stanie zabezpieczyć środków na pokrycie powyższych zobowiązań. Jednocześnie budżet Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wskutek podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie, opartego na nowym algorytmie w roku 2013 wyniósł 9 044 385 tys. zł, czyli aż o 29 319 tys. zł mniej w porównaniu z budżetem z 2012 roku (9 073 700 tys. zł) i aż o blisko 603 192 tys. zł mniej w stosunku do rzeczywistego zapotrzebowania. Według wstępnych szacunków Województwo Mazowieckie jako jedyny region odnotowało spadek środków na 2013 r. – o 0,33 proc. w stosunku do planu na 2012 r. i o 6,6 proc. w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Pozostałe oddziały wojewódzkie nie tylko nie odnotowały spadku, ale wręcz przeciwnie – wzrost środków średnio o 2,2 proc. (Plan finansowy NFZ na 2013 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 64/2012/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok. - załącznik nr 3). Zmniejszenie środków spowoduje nie tylko brak możliwości zabezpieczenia przez Oddział Mazowiecki NFZ pełni środków na finansowanie bieżącej działalności placówek, ale także na planowanie finansowania nowych zadań, czy nadwykonań. Oznacza to także ograniczenie środków np. na lecznictwo szpitalne – projekt planu finansowego ustalono bowiem w kwocie 4 544 105 tys. zł – czyli aż o 2,62 proc. mniej w porównaniu z planem na 2012 r., przy rzeczywistym zapotrzebowaniu przekraczającym 4,816 356 tys. zł. Tak więc, w przypadku pogarszającej się sytuacji finansowej placówek ochrony zdrowia niemożliwe jest zachowanie liczby świadczeń na tym samym poziomie co w 2012 r. Kolejnym problemem okazać się może utrzymanie na poziomie 2012 r. wysokości wynagrodzeń dla kadry medycznej. Brak możliwości spełnienia oczekiwań płacowych oznaczać może odejście z publicznej ochrony zdrowia kadry wysokospecjalistycznej do sektora prywatnego, oferującego większe zarobki.

Powyższe dane wyraźnie wskazują, na realną konieczność w najbliższych latach pokrywania niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - ponoszenia kosztów ich przekształceń lub likwidacji przez Samorząd Województwa

Mazowieckiego.

Konieczne jest dodanie, że ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej stwarza przy tym jedynie pozór zabezpieczenia środków finansowych w budżecie państwa na sfinansowanie kosztów przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe przez podmioty tworzące. Zachętą finansową stosowaną przez ustawodawcę dla podjęcia decyzji o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno-prawną przez podmiot tworzący jest możliwość uzyskania dotacji z budżetu państwa. Zgodnie z art. 196 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 69-82, może ubiegać się w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa, po spełnieniu warunków określonych w art. 197 tejże ustawy. Dotacja ma być przeznaczana na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości. Jednak w kolejnych latach konieczność pokrycia niedoborów finansowych albo przekształcenia lub likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej po stronie podmiotów tworzących istnieć nie przestanie, tym razem już bez możliwości uzyskania finansowego wsparcia ze strony państwa. Zasada adekwatności wymaga, by dotacja celowa była gwarantem realizacji zadania przez cały czas, w którym jednostka samorządu terytorialnego realizuje to zadanie w imieniu państwa⁵⁰. Zgodnie z art. 203 ustawy o działalności leczniczej w budżecie państwa na wskazane dotacje przeznaczają się łącznie kwotę 1.400 mln zł. Samorządy już teraz sygnalizują wątpliwości, gdy chodzi o wysokość wyasygnowanych w budżecie państwa kwot na ten cel; kwota ta w stosunku do sumarycznej wysokości zadłużenia szpitali, może okazać się zbyt mała (Stanowisko Zgromadzenia Ogólnego Śląskiego Związku Gmin i Powiatów z dnia 16 listopada 2012 r. /XXXIV sesja/ w sprawie pogarszającej się sytuacji pacjentów i szpitali).

Kolejnym rozwiązaniem mającym zachęcić samorządy do dokonywania przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno-prawną jest umorzenie znanych na dzień 31 grudnia 2009 r., a przejętych przez podmiot tworzący od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zobowiązań wraz z odsetkami - jednak tylko tych, które zostały wskazane w art. 191 i 192 ustawy o działalności leczniczej, czyli zobowiązań publicznoprawnych. Tymczasem w strukturze zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dominujące znaczenie posiadają długi niepubliczne, tj. prywatnoprawne, które nie podlegają umorzeniu. Również umorzenie zobowiązań publicznoprawnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej możliwe będzie, o ile do przekształcenia w spółkę kapitałową doszło albo dojdzie do 31 grudnia 2013 roku.

⁵⁰ T. Dębowska - Romanowska, *Prawne i pozaprawne uwarunkowania...*, op. cit.

Jak już wskazano, spółka powstała z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się następcą prawnym tego zakładu. Mimo tego, że zasadą jest, iż spółka przejmuje długi zakładu, nie oznacza to jednak braku obowiązku partycypacji podmiotu tworzącego w spłacie zadłużenia tychże zakładów. Przed dokonaniem przekształcenia podmiot tworzący powinien dokonać ustalenia wskaźnika zadłużenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 70 i 71 ustawy o działalności leczniczej). Jeśli wskaźnik ów jest wyższy niż 0,5 - podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5 (art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej). W pozostałych przypadkach podmiot tworzący może podjąć decyzję o przejęciu zobowiązań zakładu lub pozwolić, by obciążyły one spółkę.

Pozostawienie zobowiązań przekształconego zakładu w spółce wydaje się być sprzeczne z *ratio legis* całej regulacji. Jak czytamy bowiem w uzasadnieniu do projektu ustawy o działalności leczniczej, *„regulacja powyższa ma na celu zapewnienie takich warunków powstania spółki kapitałowej, w których będzie ona mogła efektywnie i skutecznie podjąć działalność leczniczą. Jest to szczególnie istotne w przypadku bardzo zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których przekształcenie prowadziłoby do powstania spółki kapitałowej obciążonej tym długiem. Spółka taka byłaby zagrożona postawieniem w stan upadłości, co powoduje sytuację niekorzystną zarówno z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, jak i wierzycieli, którzy mogliby zaspokoić swoje roszczenia wyłącznie do wysokości majątku spółki”*. Chcąc zagwarantować nieprzerwany dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych swoim mieszkańcom, również Samorząd Województwa Mazowieckiego w miarę swoich możliwości finansowych pragnie partycypować w zobowiązaniach przekształcanych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, jednak taka decyzja może stanowić dla budżetu tego samorządu nadmierne obciążenie w stosunku do jego możliwości finansowych.

Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej siłą rzeczy zmusza samorząd województwa do sfinansowania zadłużenia takiego zakładu. Zgodnie bowiem z art. 61 ustawy o działalności leczniczej, 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.

W konsekwencji, każda z decyzji, jaką może podjąć samorząd województwa, generuje jego odpowiedzialność finansową za niedobory finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - bez względu na przyczyny, które ujemny wynik finansowy wywołały. Innymi słowy, na samorząd terytorialny został nałożony obowiązek sfinansowania niewystarczającego wyposażenia samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w publiczne środki finansowe przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bez przekazania odpowiednich na ten cel środków finansowych

z budżetu centralnego. Trudno bowiem za odpowiednie do kosztów realizacji powyższych, przekazanych na czas nieokreślony obowiązków uznać dotację, o której mowa w art. 203 ustawy o działalności leczniczej, czy umorzenie należności publicznoprawnych przekształcanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ze względu na ich akcydentalny i ograniczony charakter.

Kwestia wyrównania przez państwo ubytków finansowych w dochodach jednostek samorządu terytorialnego, powstałych wskutek przekazania im dodatkowych zadań i kompetencji nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w obliczu restrykcyjnych unormowań ustawy o finansach publicznych w zakresie dopuszczalnego zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego.

*

Z wszystkich powyższych względów art. 59 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 tejże ustawy jest niezgodny z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, a także niezgodny z art. 167 ust. 4 Konstytucji - w zakresie w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 powołanej ustawy o działalności leczniczej, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Czyni to niniejszy wniosek uzasadnionym.

Marszałek Województwa

Adam Struzik

Załączniki:

- 3 załączniki wymienione we wniosku;
- 5 egzemplarzy wniosku wraz z załącznikami.