

67/A/2019

WYROK

z dnia 20 listopada 2019 r.

Sygn. akt K 4/17*

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Stanisław Rymar – przewodniczący
Mariusz Muszyński
Piotr Pszczołkowski
Małgorzata Pyziak-Szafnicka – sprawozdawca
Andrzej Zielonacki,

protokolant: Krzysztof Zalecki,

po rozpoznaniu, z udziałem wnioskodawcy oraz Sejmu i Prokuratora Generalnego, na rozprawie w dniu 20 listopada 2019 r., wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego o zbadanie zgodności:

art. 59 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 oraz art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) „w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia”, z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji,

o r z e k a:

I

Art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2,

* Sentencja została ogłoszona dnia 28 listopada 2019 r. w Dz. U. poz. 2331.

art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji.

II

Przepis wymieniony w części I, w zakresie tam wskazanym, traci moc obowiązującą po upływie 18 (osiemnastu) miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto p o s t a n a w i a:

na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072 oraz z 2019 r. poz. 125) umorzyć postępowanie w pozostałym zakresie.

Orzeczenie zapadło większością głosów.

UZASADNIENIE

I

1. W związku z uchwałą nr 118/16 z 5 września 2016 r., Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: Sejmik, wnioskodawca) wystąpił o stwierdzenie, że art. 59 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 oraz art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm., obecnie: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: u.d.l. lub ustawa o działalności leczniczej) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960; dalej: ustawa nowelizująca), „w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. 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”, jest niezgodny z art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 i w związku z art. 68 ust. 2, a także z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Kwestionowane we wniosku przepisy określają finansowe konsekwencje wykazania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej również: s.p.z.o.z.) straty netto, obowiązki podmiotu tworzącego (art. 59 u.d.l.) i odpowiadające im uprawnienie s.p.z.o.z. do uzyskania środków na pokrycie straty netto od podmiotu tworzącego (art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l.), konsekwencje finansowe likwidacji s.p.z.o.z. dla podmiotu tworzącego (art. 61 u.d.l.) oraz wskazują, kiedy po raz pierwszy powstaje obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. (art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej).

Wnioskodawca stwierdził, że niekonstytucyjność art. 59 u.d.l., wraz ze wskazanymi związkowo przepisami, polega na tym, że:

1) nakłada on na samorząd terytorialny, w sposób ukryty i niedookreślony, obowiązek realizacji zadania publicznego, przez co narusza art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 Konstytucji,

2) pozostawia samorządowi województwa tylko pozorny 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 działań tych podmiotów, przez co narusza art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji,

3) przekazuje samorządowi województwa do realizacji zadanie publiczne, któremu nie towarzyszy wyposażenie w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Sejmik podkreślił, że organizowanie i finansowanie opieki zdrowotnej jest zadaniem władz centralnych, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ). Tymczasem to na samorząd województwa został przerzucony obowiązek realizacji zadania publicznego, jakim jest ponoszenie kosztów „niepokrytych niedoborów finansowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których jest podmiotem tworzącym – bez względu na przyczyny, które spowodowały stratę netto tych podmiotów” (wniosek, s. 4). Wskazał przy tym, że zadłużenie s.p.z.o.z. wynika z wadliwego systemu finansowania opieki zdrowotnej, w tym z niedoszacowania bądź zaniżenia kontraktów przez NFZ oraz braku refundacji nadwykonań. To powoduje, że w znacznej mierze ciężar udzielanych świadczeń przerzucany jest na s.p.z.o.z., a następnie – na podstawie art. 59 u.d.l. – na podmioty je tworzące, w tym na samorządy wojewódzkie.

Wnioskodawca podkreślił, że samorząd terytorialny jest „jedynie partnerem państwa w realizacji zadania publicznego, jakim jest organizowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, dlatego też 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” (wniosek, s. 5).

Uznając, że kwestionowana regulacja powinna być postrzegana w perspektywie obowiązków wynikających z realizacji funkcji właścicielskich podmiotów prowadzących s.p.z.o.z., Sejmik stwierdził, że „[n]ałożenie na samorząd województwa obowiązku finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych [publicznych] zakładów opieki zdrowotnej wykracza również poza obowiązki” (wniosek, s. 6). Wnioskodawca zauważył też, że „[s]amorząd województwa nie może odpowiadać finansowo za następstwa finansowe ustawowego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym osobom, które zwracają się o udzielenie tych świadczeń w sytuacji, gdy finansowanie tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia okazało się niedostateczne”.

Zdaniem Sejmu, przez nakaz sfinansowania straty netto albo przyjęcia zobowiązań zakładu wskutek jego likwidacji „ustawodawca kreuje niejako kategorię świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym, które sfinansować winien samorząd województwa, jednak zadanie publiczne polegające na zapewnieniu wszystkim uprawnionym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie ma znamion lokalności czy regionalności” (wniosek, s. 6).

Nawiązując do podziału zadań publicznych między państwo a samorząd na gruncie art. 166 Konstytucji, wnioskodawca stwierdził, że pokrycie niedoborów finansowych s.p.z.o.z. nie może być postrzegane ani jako zadanie własne samorządu, ani jako zadanie zlecone, „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” (wniosek, s. 6). Ustawodawca nie pozwolił s.p.z.o.z. na sfinansowanie osiągniętej straty ze środków finansowych uzyskanych w kolejnych latach, co oznaczało nałożenie obowiązku pokrycia deficytu na podmiot tworzący. W ocenie wnioskodawcy, zakwestionowana regulacja „nie pozostawia 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” (wniosek, s. 7).

Sejmik zakwestionował pogląd, że obowiązki wynikające z zaskarżonego przepisu stanowią zadanie zlecone w rozumieniu art. 166 ust. 2 Konstytucji. Uzasadnione potrzeby państwa, o których mowa w tym przepisie, powinny mieć charakter przejściowy, a w jego ocenie takiego charakteru nie mają. Mechanizm ponoszenia odpowiedzialności przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.) za ujemny wynik finansowy s.p.z.o.z. prowadzi również do naruszenia art. 68 ust. 2 Konstytucji. „[A]utomatycznym następstwem niepokrycia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez samorząd województwa jest jego likwidacja. Jednocześnie ustawodawca nie przewidział przesłanek, innych niż ekonomiczne, podjęcia decyzji o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej” (wniosek, s. 10). Wnioskodawca uznał, że alternatywy dla likwidacji przewidziane w art. 59 u.d.l. są pozorne i antyspołeczne oraz znacznie utrudniają realizację zadań nałożonych na samorząd przez art. 68 ust. 2 Konstytucji. Jest to szczególnie widoczne w sytuacji, w której znaczna liczba s.p.z.o.z. od lat generuje straty i ma bardzo wysokie zadłużenie. Nie wiadomo, jakie działania ma podjąć podmiot tworzący, który mimo ustawowego obowiązku, nie jest w stanie pod względem finansowym, ani pokryć straty netto, ani tym bardziej przejąć całości zobowiązań likwidowanego zakładu. Kwestionowana regulacja prowadzi – zdaniem wnioskodawcy – do konieczności likwidacji s.p.z.o.z. w sytuacji, w której sytuacja finansowa podmiotu tworzącego nie pozwoli w przyszłości na pokrycie jego straty netto. Decyzja ta może uniemożliwić realizację nałożonych na samorząd zadań, o których mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Jak podkreślił „[P]owodowany 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” (wniosek, s. 11).

Sejmik przyznał, że choć wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może być powierzone podmiotom prywatnym, nie mogą one stać się gwarantem zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Podkreślił, że władza publiczna ma ograniczone możliwości oddziaływania na te podmioty, nie może nawet zagwarantować, że będą one w ogóle funkcjonować, a ingerencja w zakres udzielanych przez nie świadczeń możliwa jest jedynie w granicach ustawy. Stwierdził, że funkcjonowanie s.p.z.o.z., dla których organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub j.s.t., stanowi gwarancję i zabezpieczenie prawidłowej realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Nakaz likwidacji s.p.z.o.z. oparty na przesłankach czysto ekonomicznych stawia więc pytanie o realną możliwość wykonania zadania publicznego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nałożonego przez art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Wnioskodawca podniósł też, że art. 59 u.d.l. jest sprzeczny z art. 167 ust. 4 Konstytucji. Stwierdził, że „[z]godnie z art. 38 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy”. W praktyce obowiązek wydania zarządzenia lub rozporządzenia albo podjęcia uchwały o likwidacji s.p.z.o.z. ma nastąpić dopiero w 2019 r. Zdaniem wnioskodawcy oznacza to, że na j.s.t. nałożono obowiązek ponoszenia pełnej odpowiedzialności finansowej za straty netto podmiotów leczniczych, jednocześnie nie zapewniając im odpowiednich do tego środków finansowych, co w konsekwencji może doprowadzić społeczności lokalne do finansowej zapaści. Wnioskodawca podkreślił, że samorządy, które są organem założycielskim dla wielu s.p.z.o.z. – w tym wysoko wyspecjalizowanych – nie

będą w stanie przejąć wyższych ciężarów finansowych. Wskazał, że mimo ponoszenia na rzecz s.p.z.o.z. istotnych wydatków finansowych mają one nadal problemy z płynnością finansową, co uzasadnia domniemanie, że ich działalność bieżąca jest niedostatecznie dofinansowana.

2. Rzecznik Praw Obywatelskich pismem z 25 kwietnia 2017 r. poinformował, że nie zgłasza udziału w postępowaniu.

3. Pismem z 8 maja 2017 r. stanowisko w sprawie zajął Prokurator Generalny (dalej: Prokurator). Wystąpił o stwierdzenie, że art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 u.d.l., w zakresie mechanizmu finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielenia przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit świadczeń opłaconych na podstawie umowy z NFZ, jest zgodny z art. 166 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji oraz z art. 68 ust. 2 Konstytucji i nie jest niezgodny z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji. W pozostałym zakresie wystąpił o umorzenie postępowania na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072, ze zm.; dalej: u.o.t.p.TK).

Na podstawie analizy wniosku Prokurator stwierdził, że nie wszystkie wskazane przez Sejmik przepisy mogą być poddane kontroli TK. Zauważył, że zarzuty sformułowane w stosunku do art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. nie dotyczą zawartej w nich treści normatywnej. W uzasadnieniu wniosku nie wskazano, na czym miałyby polegać ich niezgodność ze wskazanymi wzorcami kontroli, i nie przedstawiono dowodów na poparcie postawionego zarzutu w tym zakresie, a cała argumentacja odnosi się do zaskarżonego art. 59 ust. 2 u.d.l. Postępowanie w zakresie kontroli konstytucyjności art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. winno więc zostać umorzone.

Ponadto Prokurator uznał, że Sejmik nie uzasadnił, na czym – w świetle zakresowo określonego przedmiotu zaskarżenia – miałyby polegać związek art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej z kwestionowaną regulacją dotyczącą finansowania przez podmiot tworzący straty netto wynikającej z udzielenia przez s.p.z.o.z. świadczeń ponadlimitowych. Przepis ten określa jedynie termin, w którym po raz pierwszy podmiot tworzący zobowiązany jest podjąć decyzję o likwidacji s.p.z.o.z. Nie można więc przyjąć, że dotyczy kwestii wchodzącej w zakres zaskarżenia, którym wnioskodawca objął finansowanie świadczeń ponadlimitowych przez podmiot tworzący. Również w tym zakresie postępowanie winno ulec umorzeniu.

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

Analiza normatywna kwestionowanych przepisów oraz ich kontekstu normatywnego, a także wzorców kontroli, doprowadziła Prokuratora do wniosku, że zadanie polegające na pełnieniu przez samorząd województwa funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z. ma lokalny charakter, ponieważ dotyczy podmiotów działających na terenie danego województwa.

Prokurator stwierdził ponadto, że pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z. odpowiada też wypracowanym w orzecznictwie konstytucyjnym kryteriom „samodzielności” i „kreatywności” zadania własnego jednostki samorządu terytorialnego, w tym również w zakresie odpowiedzialności finansowej za stratę netto s.p.z.o.z. Jako podmioty założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej j.s.t. występują w roli właściciela, zarządcy i nadzorcy tych zakładów, i w związku z tym mają obowiązek monitorowania ich działalności leczniczej i jej racjonalizowania.

Prokurator podzielił pogląd Sejmidu, że ustawa o działalności leczniczej nie ogranicza tytułów zobowiązań, które rodzą obowiązek ich pokrycia przez podmiot tworzący. Obowiązek ten dotyczy wszelkich zobowiązań publiczno- i prywatnoprawnych. Sytuacja finansowa s.p.z.o.z. nie powinna jednak być dla j.s.t. zaskoczeniem, ponieważ sprawują one nad nimi

nadzór, którego zakres przedmiotowy dotyczy przede wszystkim gospodarki finansowej owych zakładów. Podmiot tworzący winien na bieżąco analizować sprawozdania finansowe zakładu, po to by – również na bieżąco – podejmować, wynikające z uprawnień nadzorczych, działania naprawcze na wypadek zagrożenia płynności finansowej owego zakładu. Dopiero jeśli te działania nie dadzą pożądanego rezultatu, a środki własne s.p.z.o.z. będą niewystarczające do pokrycia jego zobowiązań, podmiot tworzący będzie zobligowany do odpowiedniego sfinansowania ich straty netto.

Rola j.s.t. nie sprowadza się przy tym do automatycznej spłaty zobowiązań podległych jej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Mechanizm wynikający z art. 59 ust. 2 u.d.l. pozostawia samorządowi województwa prawo decydowania o sposobie i zakresie wykonania zadania wynikającego z tych przepisów. Każdorazowo będzie on uzależniony od sytuacji finansowej konkretnego zakładu, a wybór w tym względzie należał będzie do podmiotu tworzącego, który zdecyduje o tym, czy dla społeczności lokalnej pożądane będzie dalsze utrzymywanie zadłużonej placówki czy jej likwidacja.

Prokurator nie zgodził się ze stanowiskiem, że j.s.t. nie mają możliwości wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które w ich przekonaniu byłyby optymalne finansowo i z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczności województwa. Wnioskodawca nie wskazał, jakie rozwiązanie gwarantowałoby swobodę w tym zakresie i kto miałby ponosić odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy s.p.z.o.z., które podlegają j.s.t. Regulacja przyjęta w art. 59 ust. 2 u.d.l. ma zapobiegać nadmiernemu zadłużaniu się tych zakładów i mobilizować podmioty tworzące do podejmowania w odpowiednim czasie skutecznych działań zaradczych. Prokurator stwierdził więc, że pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z. 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.

Skoro pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z. należy do ustawowych zadań własnych samorządu województwa, to art. 166 ust. 2 Konstytucji jako wzorzec kontroli należy uznać za nieadekwatny.

Odnosząc się natomiast do argumentacji Sejmiku dotyczącej niedostatecznej wyceny świadczeń zdrowotnych przez NFZ oraz nieprawidłowości mających mieć miejsce podczas rozliczania przez NFZ świadczeń udzielonych przez s.p.z.o.z., w szczególności świadczeń zrealizowanych w warunkach przymusu ustawowego (art. 15 u.d.l.), należy zauważyć, że kwestie te nie są objęte zakresem regulacji określonym treścią normatywną zaskarżonych przepisów. W niniejszej sprawie nie występują żadne przesłanki ewentualnego rozszerzenia wniosku o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.; dalej: u.ś.o.z. lub ustawa o świadczeniach zdrowotnych) odnoszące się do sposobu wyceny świadczeń zdrowotnych oraz regulacje dotyczące finansowania świadczeń ponadlimitowych, które nie zostały wskazane przez wnioskodawcę w *petitum*. Tym samym argumenty, mające dowodzić tezy o 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 w tej sprawie.

Zdaniem Prokuratora praktyka orzecznicza dotycząca roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia wskazuje, że zarzut Sejmiku w tym zakresie nie dotyczy ułomności prawa, ale praktyki jego stosowania, co pozostaje poza zakresem kognicji Trybunału.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji Prokurator stwierdził, że zarzuty Sejmiku nie wskazują na kwalifikowany charakter niejasności zaskarżonych przepisów. Ramy prawne odpowiedzialności j.s.t. za ujemny wynik finansowy podległych im s.p.z.o.z.

określone są w sposób jednoznaczny. Z omawianych przepisów, ani z uregulowań z nimi związanych, w żadnym wypadku nie można wnioskować o obowiązku pokrycia przez j.s.t. niedoborów finansowych podległych im s.p.z.o.z. będących skutkiem wykonania świadczeń zdrowotnych zrealizowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami, to jest w ramach zawartych umów bądź w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z art. 15 u.d.l. W tym zakresie bowiem pełną odpowiedzialność ponosi NFZ. Równocześnie brak jest podstaw prawnych do obciążania NFZ kosztami świadczeń zrealizowanych poza limitami wyznaczonymi przez umowy zawarte ze świadczeniodawcami, które nie są równocześnie świadczeniami, o których mowa w art. 15 u.d.l. W tej sytuacji koszty te obciążają świadczeniodawców, a w konsekwencji – w sytuacji wynikającej z dyspozycji art. 59 ust. 2 u.d.l. – mogą pośrednio obciążać także ich podmioty tworzące. W związku z tym zaskarżone przepisy nie zawierają niejasności, których nie dałoby się usunąć w procesie wykładni prawa, co stanowi o ich zgodności z art. 2 Konstytucji.

Prokurator nie podzielił również argumentacji Sejmiku dotyczącej art. 68 ust. 2 Konstytucji. Przytaczając ustalenia dokonane przez TK w wyroku z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1), przyjął, że zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych polegać powinno na stworzeniu odpowiednich rozwiązań prawnych, kreujących taki system ochrony zdrowia, który określi prawa i obowiązki organizatora tego systemu, ale też świadczeniodawców i świadczeniobiorców. Stwierdził przy tym, że rozwiązania takie zawiera przede wszystkim u.ś.o.z., która wskazuje krąg podmiotów uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa katalog świadczeń gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych oraz kolejność dostępu do nich, w tym także w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, a także zapewnia możliwość wyboru świadczeniodawcy. Te uprawnienia świadczeniobiorców są niezależne od formy organizacyjno-prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz ich liczby, dlatego zaskarżona regulacja tych uprawnień nie znosi i nie ogranicza. Wymagania określone w art. 68 ust. 2 Konstytucji zostały więc, zdaniem Prokuratora, spełnione.

Prokurator stwierdził także, że kwestionowane przepisy nie mówią o nowym zadaniu j.s.t. w rozumieniu art. 167 ust. 4 lub art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji. Obowiązek pokrycia zobowiązań s.p.z.o.z. jest logiczną konsekwencją bycia organem założycielskim takiej jednostki i mieści się w zadaniu własnym j.s.t., jakim jest obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej. Ponadto zauważył, że podobne rozwiązania zawarte były w art. 60 ust. 4 i 6 poprzednio obowiązującej ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89; dalej: u.z.o.z.) – a więc nie można twierdzić, że na podstawie zaskarżonych regulacji na j.s.t. zostały nałożone nowe zadania.

4. Pismem z 19 lipca 2017 r. stanowisko w sprawie zajął Marszałek Sejmu (dalej: Marszałek). Wniósł o uznanie przez Trybunał, że art. 59 ust. 2 w związku z art. 61 u.d.l. oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej jest zgodny z art. 166 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji. Ponadto wystąpił o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

Marszałek zauważył, że z uzasadnienia wniosku wyłaniają się dwa podstawowe problemy konstytucyjne. Pierwszy z nich odnosi się do nałożenia na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku wyrównania straty finansowej netto s.p.z.o.z. niepokrytej przez zakład lub przejmowania zobowiązań finansowych likwidowanych s.p.z.o.z., drugi natomiast dotyczy charakteru prawnych zadań i obowiązków finansowych j.s.t. względem prowadzonych przez nie s.p.z.o.z., których nie można zakwalifikować ani do zadań własnych (art. 166 ust. 1 Konstytucji), ani do zadań zleconych j.s.t. (art. 166 ust. 2 Konstytucji).

Marszałek stwierdził, że realizacja odpowiedzialności finansowej za s.p.z.o.z. ma związek z zaspokajaniem potrzeb wspólnoty samorządowej, które należy rozumieć jako podejmowanie działań skutecznych dla danej wspólnoty. O potrzebach wspólnoty samorządowej nie decyduje mierzalna liczba „beneficjentów” danego zadania publicznego ani uczynienie zadość poszczególnym interesom indywidualnym lub grupowym. Zadania publiczne powinny być wykonywane wszędzie tam, gdzie zaistnieją uzasadnione potrzeby społeczne. Taką potrzebą jest konieczność zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej, co jest skorelowane z konstytucyjnym zadaniem władz publicznych, zakotwiczonym w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Okoliczność, że organami tworzącymi s.p.z.o.z. są organy administracji rządowej lub j.s.t., daje gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani j.s.t. nie może uwolnić się od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji.

Marszałek uznał, że wątpliwości Sejmiku odnoszą się nie do samego obowiązku ponoszenia przez j.s.t. konsekwencji finansowych związanych z funkcjonowaniem prowadzonego przez nią s.p.z.o.z., ale do zakresu tego obowiązku i braku możliwości podjęcia samodzielnej decyzji co do sposobu jego realizacji. Zdaniem Marszałka samorząd terytorialny nie jest zobligowany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zostały zrealizowane przez s.p.z.o.z. w warunkach ponadlimitowych, przekraczających kontrakt z NFZ. Obowiązek ten ciąży na właściwych ministrach lub NFZ. Do NFZ wpływają składki z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które następnie są redystrybuowane w postaci należności kontraktowych dla podmiotów leczniczych. Podmioty lecznicze, a więc także s.p.z.o.z., chcąc realizować świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, muszą zawrzeć kontrakt z NFZ. Zakres świadczeń możliwych do uzyskania w danym podmiocie leczniczym wyznacza treść tego kontraktu i w konsekwencji pacjent (w ramach ubezpieczenia) może uzyskać wyłącznie świadczenia gwarantowane. Dlatego nieporozumieniem jest twierdzenie wnioskodawcy, że samorząd terytorialny ponosi konsekwencje realizacji świadczeń opieki zdrowotnej względem uprawnionych do tego obywateli, bo świadczenia wykraczające ponad rodzaj bądź limit wskazany w kontrakcie z NFZ nie są świadczeniami należnymi systemowo.

Marszałek nie podzielił również tezy, że j.s.t. ponoszą koszty funkcjonowania s.p.z.o.z., które są niedofinansowane przez NFZ, nienależycie wyceniającego poszczególne procedury i zabiegi. Stwierdził, że NFZ dysponuje ograniczonymi środkami (problem tzw. krótkiej kłody), uzależnionymi przede wszystkim od wpływów z tytułu składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, których poziom jest zdeterminowany labilną sytuacją na rynku pracy. Inicjator postępowania nie wskazał, kto miałby odpowiadać za lawinowo rosnące długi s.p.z.o.z. w związku z udzielaniem ponadlimitowych świadczeń. Zdaniem Marszałka, wnioskodawca kontestuje w istocie poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej a jego argumentacja odnosi się do sfery stosowania prawa. Z tego względu nie może być ona uwzględniona podczas oceny konstytucyjności zaskarżonej regulacji.

Także podnoszony przez wnioskodawcę argument, że zadłużenie s.p.z.o.z. wynika z konieczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z tzw. stanów nagłych, niefinansowanych przez NFZ, nie uzasadnia niekonstytucyjności kwestionowanych regulacji. Teza ta nie znajduje potwierdzenia w obowiązującym stanie prawnym. Uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej wynika z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. oraz art. 15 u.d.l. i żadna okoliczność nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie, a w szczególności to, że pacjent nie należy do określonej grupy

osób lub nie zamieszkuje na określonym obszarze. W opisanych okolicznościach nie można odmówić pomocy medycznej osobie nieposiadającej ubezpieczenia zdrowotnego czy, szerzej, statusu świadczeniobiorcy. Nie ma znaczenia, czy podmiot leczniczy ma zawartą stosowną umowę z NFZ ani czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych. Jakkolwiek ani art. 19 u.ś.o.z., ani art. 15 u.d.l. nie rozstrzygają kwestii związanych z odpłatnością za świadczenia zdrowotne udzielone przez podmiot leczniczy mający zawartą umowę z NFZ w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, to z ugruntowanego orzecznictwa wynika, że podmiotowi leczniczemu służy roszczenie do NFZ o zapłatę za świadczenie udzielone w stanie nagłym. Dlatego zarzuty Sejmiku dotyczące trudności w odzyskaniu od NFZ kosztów za świadczenie udzielone w warunkach przewidzianych w art. 15 u.d.l. odnoszą się raczej do sfery stosowania prawa, która nie podlega kognicji Trybunału.

W ocenie Marszałka nieuzasadniony jest zarzut, że kwestionowana regulacja nie pozostawia samorządowi terytorialnemu wolności wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które byłyby optymalne zarówno z perspektywy ekonomicznej, jak i interesów wspólnoty samorządowej. Wnioskodawca pominął okoliczność, że przepisy prawa przewidują instrumenty, które umożliwiają mu dyscyplinowanie podległych s.p.z.o.z.; sytuacja finansowa s.p.z.o.z. nie powinna być zaskoczeniem dla j.s.t. (zob. art. 53, art. 53a i art. 121 u.d.l.). U.d.l. przewiduje szereg mechanizmów składających się na tzw. nadzór właścicielski. J.s.t. może na bieżąco monitorować kondycję finansową prowadzonego s.p.z.o.z., aby w razie potrzeby sięgnąć po adekwatny instrument, jakim może być m.in. zbycie części mienia w celu uzyskania dodatkowych środków. Może też wnosić do NFZ o korektę planu w danym roku obrotowym, obniżyć koszty funkcjonowania przez np. zmianę dostawców pożywienia czy wreszcie pociągnąć do odpowiedzialności kierownika s.p.z.o.z. lub dokonać jego zmiany.

Odnosząc się do zarzutu braku samodzielności jednostki tworzącej s.p.z.o.z., Marszałek przypomniał, że na tle art. 16 ust. 2 Konstytucji samodzielność samorządu terytorialnego jest identyfikowana z wykonywaniem przez samorząd w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność przysługującej mu w ramach ustaw istotnej części zadań publicznych urzeczywistnianych w ramach uczestnictwa w sprawowaniu władzy publicznej. O braku samodzielności samorządu województwa nie może także świadczyć fakt ustawowego określenia sposobu ponoszenia odpowiedzialności finansowej za stratę netto s.p.z.o.z. Zadanie publiczne w zakresie ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 *in fine* ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz. U. z 2016 r. poz. 486, ze zm.; dalej: 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 pełnienia wskazanych wyżej funkcji. Z tego względu nietrafne jest kwalifikowanie kwestionowanej regulacji jako odrębnego zadania własnego. Określa ona bowiem jedynie możliwe procedury organizacyjne i skutki finansowe związane z wykonywaniem zadań w zakresie realizacji potrzeb zdrowotnych obywateli. W konsekwencji art. 166 ust. 2 Konstytucji nie stanowi adekwatnego wzorca kontroli w niniejszej sprawie.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia zasady adekwatności środków do zmian w zakresie zadań j.s.t. (art. 167 ust. 4 Konstytucji) Marszałek zauważył, że normy wyrażone w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji powinny być interpretowane w ścisłym powiązaniu ze sobą oraz że znaczenie zasady adekwatności należy rozpatrywać w kontekście także innych regulacji rozdziału VII Konstytucji. Stwierdził, że zasada adekwatności została w nim ujęta z perspektywy dynamiki zmian w strukturze dochodów j.s.t. Zwrócił uwagę, że ustawodawca ma prawo kreowania zadań i wydatków samorządu terytorialnego, pod warunkiem że nie naruszy to istoty konstytucyjnie gwarantowanych praw samorządu. Ingerencja taka winna być konieczna dla realizacji innych zasad i wartości konstytucyjnie chronionych, a zatem celowa i proporcjonalna. W tym kontekście stwierdził, że u.d.l. nie nałożyła na j.s.t. nowego

zadania, ponieważ zastąpiła wcześniej obowiązującą u.z.o.z., w której funkcjonowały rozwiązania bliźniacze do kwestionowanych w niniejszej sprawie. Skoro przywołany wzorzec kontroli ustanawia standard konstytucyjny dla prawodawcy w razie dokonywania zmian, trudno wzruszyć domniemanie konstytucyjności regulacji, która zmian w zakresie zadań i kompetencji j.s.t. nie zakłada. Marszałek uznał więc, że zaskarżone przepisy nie wkraczają w materię normowaną przez art. 167 ust. 4 Konstytucji, a w konsekwencji przywołany przepis nie stanowi adekwatnej podstawy kontroli.

Dodatkowym argumentem na rzecz tezy o nieadekwatności art. 167 ust. 4 Konstytucji jako wzorca kontroli w niniejszej sprawie miałby być pogląd Trybunału, wyrażony w uzasadnieniu wyroku z 12 października 2004 r. (sygn. K 31/02, OTK ZU nr 9/A/2004, poz. 91), zgodnie z którym przez „przypadające samorządowi zadania” należy rozumieć część zadań publicznych o charakterze ogólnym, ustrojowym, jakie Konstytucja i ustawy przypisują władzom lokalnym. Trybunał określił je jako zadania-kompetencje, takie jak np. zapewnienie ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej, wyrażające się m.in. w pełnieniu funkcji organizatorskich jako organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zdaniem Trybunału, obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez jego organ założycielski – zarówno państwowy, jak i samorządowy – jest jedynie następstwem prawnym przyjętego zadania, nie zaś samym zadaniem w rozumieniu art. 167 ust. 1 Konstytucji. Zważywszy na postulat interpretowania w ścisłym powiązaniu ze sobą norm wyrażonych w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji, zapatrywanie to jest aktualne na gruncie niniejszej sprawy, gdzie wzorcem kontroli jest art. 167 ust. 4 Konstytucji, a przedmiot kontroli reguluje między innymi zobowiązania finansowe j.s.t. w wypadku ujemnego wyniku finansowego prowadzonego s.p.z.o.z., konieczności jego przekształcenia lub likwidacji.

5. Pismem z 5 lipca 2018 r., na podstawie art. 65 ust. 1 u.o.t.p.TK, Prezes TK zwrócił się do Prezesa Rady Ministrów o przedstawienie opinii, czy orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego może wywołać skutki wiążące się z nakładami finansowymi nieprzewidzianymi w ustawie budżetowej.

W odpowiedzi z 24 sierpnia 2018 r., Minister Zdrowia, działając z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów, poinformował, że w sytuacji:

1) orzeczenia konstytucyjności art. 59 u.d.l. nie nastąpi zmiana w stosunku do stanu aktualnego i w związku z tym brak będzie takich skutków;

2) orzeczenia o niekonstytucyjności art. 59 u.d.l. i utraty mocy działania tego przepisu, samorzady nie będą zobowiązane do pokrywania ujemnych wyników finansowych s.p.z.o.z., a zatem nie wystąpią dodatkowe nakłady finansowe samorządów;

3) orzeczenia o niekonstytucyjności art. 59 u.d.l. i przyjęcia, że to budżet państwa powinien przekazywać środki finansowe samorządom na pokrywanie ujemnych wyników finansowych s.p.z.o.z. nadzorowanych przez te samorzady, 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.

Wyraził również pogląd, że w tej ostatniej sytuacji samorzady, nie ponosząc skutków finansowych złego zarządzania s.p.z.o.z., dla których są podmiotami tworzącymi, nie będą zainteresowane skutecznym nadzorem finansowym nad s.p.z.o.z. Może więc dojść do sytuacji generowania ujemnych wyników finansowych (lub co najmniej do efektu rozluźnienia rygorów prowadzenia gospodarki finansowej w s.p.z.o.z.), żeby pozyskać środki finansowe z budżetu państwa. W konsekwencji w kolejnych latach wysokość ujemnych wyników finansowych do pokrycia przez budżet państwa może się stale zwiększać.

6. 15 listopada 2019 r. pełnomocnik wnioskodawcy złożył do TK dwa pisma procesowe. W pierwszym z nich, z 13 listopada 2019 r., podtrzymał w całości dotychczasowe zarzuty zawarte we wniosku Sejmiku oraz przedstawił uwagi polemiczne do stanowisk wyrażonych przez pozostałych uczestników postępowania.

Wnioskodawca przyznał, że choć Trybunał jest sądem prawa nie faktów, to jednak od tych ostatnich nie sposób się w niniejszej sprawie oderwać. Wskazał, że według dostępnych danych, w tym informacji z kontroli prowadzonych przez NIK, nakłady na system ochrony zdrowia w Polsce są jednymi z najniższych w Europie, co przekłada się na sposób realizacji praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Ich skutkiem jest również, według wnioskodawcy, nierówność w dostępie do świadczeń gwarantowanych, długi czas oczekiwania oraz niezapewnienie poszanowania praw pacjentów. Zwrócił uwagę, że sektor opieki zdrowotnej działa w warunkach permanentnych zmian prawnych, dotyczących zarówno regulacji systemowych, jak i doraźnych prób podnoszenia wynagrodzeń personelu medycznego, które skutkują istotnym wzrostem kosztów działania s.p.z.o.z. Wskazane okoliczności wywołują istotne skutki finansowe dla wnioskodawcy, tym bardziej, że możliwości pokrycia przez Sejmik ujemnego wyniku finansowego są determinowane faktyczną wysokością budżetu oraz regulacjami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).

W drugim piśmie, z 14 listopada 2019 r., pełnomocnik wystąpił z wnioskiem o rozważenie wystąpienia przez TK z postanowieniem sygnalizacyjnym w trybie art. 35 ust. 1 u.o.t.p.TK „zwracającym uwagę na dysfunkcjonalność systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz niski stopień realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP”.

II

Na rozprawę 20 listopada 2019 r. stawili się pełnomocnicy wnioskodawcy oraz przedstawiciele Sejmu i Prokuratora Generalnego. Przedstawiciel Sejmu zmodyfikował stanowisko Sejmu wnosząc o umorzenie postępowania w zakresie dotyczącym kontroli z art. 166 ust. 2 Konstytucji. W pozostałym zakresie uczestnicy postępowania podtrzymali stanowiska zajęte w pismach procesowych i udzielili odpowiedzi na pytania składu orzekającego. Trybunał uznał sprawę za dostatecznie wyjaśnioną do wydania orzeczenia i zamknął rozprawę.

III

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Ustalenia wstępne.

1.1. Kwestionowane przepisy.

Kwestionowane przez Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: wnioskodawca, Sejmik) przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: u.d.l. lub ustawa o działalności leczniczej) mają następującą treść:

„Art. 59 ust. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1.

2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

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

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

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

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

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

Z art. 59 u.d.l. został powiązany art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l. o treści: „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe: (...) na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1” oraz art. 61 u.d.l.: „Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia”.

Z art. 59 u.d.l. został również powiązany art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960; dalej: ustawa nowelizująca) o treści:

„Obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy”.

Zakwestionowana regulacja normuje prawne konsekwencje ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dalej też: s.p.z.o.z.), który nie został pokryty przez podmiot leczniczy we własnym zakresie. Tworzy spójny system środków prawnych, jakie zgodnie z art. 59 ust. 2 u.d.l. powinien podjąć podmiot tworzący s.p.z.o.z. (a więc także jednostka samorządu terytorialnego, dalej też: j.s.t.) oraz określa skutki finansowe wynikające z tego dla j.s.t., tj. obowiązek pokrycia straty netto za rok obrotowy s.p.z.o.z. w kwocie, która nie może być pokryta zgodnie z art. 59 ust. 1 u.d.l., jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji (art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l.) albo obowiązek wydania rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcia uchwały o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną (art. 59 ust. 2 pkt 2). Jednocześnie na j.s.t. ciąży obowiązek przejęcia zobowiązań i należności (oraz mienia) s.p.z.o.z. po jego likwidacji (art. 61 u.d.l.).

Ustawodawca przewidział w art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej normę, której treść determinuje perspektywę czasową realizacji po raz pierwszy obowiązków określonych w art. 59 ust. 2-3 w związku z art. 61 u.d.l. Z art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej wynika, że obowiązek wydania rozporządzenia albo zarządzenia, bądź podjęcia uchwały o likwidacji s.p.z.o.z., o którym mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l., w brzmieniu nadanym ustawą nowelizującą, stosuje się po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2017, a w wypadku s.p.z.o.z., dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym, ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy (ust. 1). Zadania finansowe organów założycielskich, w tym organów j.s.t., w związku

z prowadzeniem zakładów opieki zdrowotnej mają swoje źródło w art. 59 ust. 2 w związku z art. 61 u.d.l., natomiast art. 38 ust. 1 ustawy nowelizującej precyzuje moment aktualizacji tych zadań po raz pierwszy, stąd Sejmik zasadnie wskazał ten przepis jako związkowy względem art. 59 u.d.l.

Wątpliwości TK budziła dopuszczalność kontroli art. 59 u.d.l. w całości. Sejmik nie zakwestionował zgodności z Konstytucją regulacji zawartych w ust. 1, 3 i 4 tego przepisu. W uzasadnieniu wniosku nie wskazał, na czym miałyby polegać niezgodność art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. ze wskazanymi wzorcami kontroli – cała argumentacja odnosi się do art. 59 ust. 2 u.d.l. Sformułowanie i uzasadnienie wniosku w tym zakresie nie spełnia więc wymogów określonych w art. 47 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072; dalej: u.o.t.p.TK), co pociąga za sobą umorzenie postępowania w zakresie art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l., na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p.TK.

We wniosku znalazł się też art. 15 u.d.l. TK zwraca jednak uwagę, że przepis ten nie został wskazany ani w uchwale Sejmiku zobowiązującej Marszałka do wystąpienia z wnioskiem o kontrolę konstytucyjną, ani w uzasadnieniu tegoż wniosku. Niespełnienie wymogu wynikającego z art. 47 ust. 1 pkt 6 i ust. 2 u.o.t.p.TK powoduje, że przepis ten nie stanowi przedmiotu kontroli. Trybunał przyjął więc, że zakresowe przywołanie go w *petitum* wniosku miało na celu jedynie egzemplifikację przyczyn problemu, tj. zadłużania się szpitali, którego legislacyjne rozwiązanie zawarte w art. 59 ust. 2 u.d.l. kwestionuje wnioskodawca. Takie rozumienie intencji wnioskodawcy potwierdzają też słowa „w szczególności”, poprzedzające wskazanie art. 15 u.d.l. Przepis ten nie stanowił zatem przedmiotu kontroli.

1.2. Wzorce kontroli konstytucyjnej.

Jako podstawowy wzorec kontroli konstytucyjności w niniejszej sprawie Sejmik przywołał art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji. Związkowo zostały również wskazane art. 2, art. 68 ust. 2 oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji.

W art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji ustrojodawca dokonał podziału zadań publicznych wykonywanych przez jednostki samorządu terytorialnego na zadania własne i zlecone. Art. 166 ust. 1 Konstytucji wyraża regułę, zgodnie z którą zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne, czyli takie, które – jak stanowi art. 16 ust. 2 Konstytucji – jednostki samorządu terytorialnego wykonują we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, czyli w sposób samodzielny i kreatywny.

Z kolei art. 166 ust. 2 Konstytucji przewiduje, że – jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa – ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych (niż własne) zadań publicznych. Zadania zlecone skierowane są na zaspokajanie potrzeb zarówno wspólnoty lokalnej, jak i całego społeczeństwa. Również w tym wypadku podstawowym kryterium formalnym jest określenie trybu przekazania i sposobu wykonywania zadania publicznego w ustawie (zob. wyroki TK z: 13 stycznia 1998 r., sygn. K 5/97, OTK ZU nr 1/1998, poz. 3; 26 czerwca 2001 r., sygn. U 6/00, OTK ZU nr 5/2001, poz. 122). Kryterium uzasadnionych potrzeb państwa ma charakter płynny i może być w związku z tym aktualizowane.

Zarówno w odniesieniu do zadań własnych, jak i zleconych, ustawodawca jest zobowiązany kierować się kryteriami pomocniczości, efektywności i dobra wspólnego, które powinny być wyraźnie wskazane w uzasadnieniu projektu ustawy i ocenie skutków regulacji. Późniejsza ocena konstytucyjności wprowadzonej regulacji dokonywana jest z uwzględnieniem wskazanych wyżej wartości, z uwzględnieniem, w jakim stopniu postulowany cel regulacji jest adekwatny do uzyskanego efektu.

Jako związkowy wzorzec kontroli został powołany art. 2 Konstytucji. Wnioskodawca nie wskazał w *petitum*, która z zasad wyrażonych w tym przepisie ma stanowić punkt odniesienia oceny konstytucyjnej, jednak – jak wynika z uzasadnienia – chodzi o zasadę zaufania do państwa i prawa, a w szczególności o dyrektywę poprawnej legislacji. Wynika z niej nakaz jednoznaczności prawa, rozumiany jako „wymaganie określoności przepisów, które «muszą być formułowane w sposób poprawny, precyzyjny i jasny»” (wyrok z 11 stycznia 2000 r., sygn. K 7/99, OTK ZU nr 1/2000, poz. 2).

Kolejnym, powołanym jako związkowy, wzorcem kontroli jest art. 68 ust. 2 Konstytucji, który to przepis nakłada na władze publiczne obowiązek zagwarantowania obywatelom równego, niezależnie od ich sytuacji materialnej, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Określenie warunków udzielania świadczeń Konstytucja pozostawia ustawom. Szerokiej wykładni tego przepisu Trybunał dokonał w wyroku z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1), którego tezy mają doniosłe znaczenie dla uzasadnienia niniejszego rozstrzygnięcia (por. pkt 3.2. tej części uzasadnienia).

W *petitum* wniosku jako wzorzec kontroli wskazano także art. 167 ust. 4 Konstytucji. Chociaż nie jest oczywiste, czy wnioskodawca powołał ten przepis jako wzorzec samodzielny, czy też jako związkowy, ze względu na jego ścisły związek z finansowaniem działalności samorządu terytorialnego (art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji), TK przyjmuje tę drugą możliwość. Art. 167 ust. 4 Konstytucji stanowi, że: „Zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych”. Przepis ten, w powiązaniu z art. 167 ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którym „Jednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań”, stanowi gwarancję wyposażenia samorządu terytorialnego w odpowiednie dochody, proporcjonalne do potrzeb wyznaczonych przez zakres zadań rzeczowych (własnych lub zleconych). Wyrażona w ten sposób zasada adekwatności oznacza powiązanie udziału w dochodach publicznych, jaki przypada j.s.t., z rozmiarami realizowanych zadań, zaś na ustawodawcę nałożony jest obowiązek wprowadzenia regulacji prawnych zapewniających gminom rzeczywiste, a nie tylko pozorne, dochody własne, umożliwiające sfinansowanie powierzonych zadań.

1.3. Legitymacja wnioskodawcy.

W wydanym w pełnym składzie wyroku z 13 lipca 2011 r. (sygn. K 10/09, OTK ZU nr 6/A/2011, poz. 56) Trybunał stwierdził, że do spraw objętych zakresem działania jednostki samorządu terytorialnego, o których mowa w art. 191 ust. 2 Konstytucji, należą nie tylko te, które dotyczą kompetencji do podejmowania określonych działań, ale również te, które dotyczą zadań realizowanych przez tę jednostkę. W konsekwencji legitymacja wnioskowa przysługuje jednostkom samorządu terytorialnego również w odniesieniu do przepisów kształtujących sytuację finansową jednostek samorządu. Trybunał zauważył, że: „interes ekonomiczny (faktyczny) gminy (...) stanowi adekwatną przesłankę wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego”. Ustalenia te Trybunał potwierdził w wyroku z 4 marca 2014 r. (sygn. K 13/11, OTK ZU nr 3/A/2014 poz. 28), oceniając konstytucyjność przepisów kształtujących system wpłat wyrównawczych oraz zasady podziału części regionalnej subwencji ogólnej dla województw.

Również w postanowieniu pełnego składu TK z 11 października 2017 r. sygn. K 14/16 (OTK ZU nr A/2017, poz. 69) legitymacja wnioskodawcy – Rady Miasta Krakowa – do wystąpienia z wnioskiem o kontrolę art. 60 w związku z art. 59 ust. 3 i 4 oraz art. 216 u.d.l. z art. 68 ust. 1-4 i art. 16 ust. 2 Konstytucji oraz art. 59 ust. 4 w związku z art. 216 u.d.l. z art. 68 ust. 2, art. 16 ust. 2 i art. 163 w związku z art. 2 oraz art. 166 ust. 1 i 2 w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji – nie była kwestionowana.

Przenosząc powyższe wyjaśnienia na grunt niniejszego postępowania, należało przyjąć, że przesłanka wymieniona w art. 191 ust. 2 w związku z ust. 1 pkt 3 Konstytucji, warunkująca rozpoznanie przez Trybunał wniosku pochodzącego od organu stanowiącego j.s.t., została spełniona.

2. Problem konstytucyjny.

2.1. Właściwe określenie przedmiotu kontroli.

Choć zakwestionowane przez wnioskodawcę przepisy regulują obowiązek pokrycia straty netto s.p.z.o.z. oraz – ostatecznie – jego likwidacji, to zarówno sformułowanie *petitum* wniosku, jak i powołane wzorce wskazują, że istotą zarzutów jest nieprawidłowe finansowanie działalności leczniczej.

Z *petitum* wynika, że chodzi o „nałożony na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami”. Jako istotny przykład tego obowiązku wnioskodawca powołał art. 15 u.d.l., który nakłada na świadczeniodawców bezwzględny (w sensie: niezależny od posiadanych środków i źródła finansowania) obowiązek udzielenia pomocy osobom w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Poza tym jednym przykładem, wnioskodawca nie wskazał innych przepisów, które – w jego ocenie – przyczyniają się do powstawania straty netto w działalności szpitali. Zakwestionował natomiast tę regulację, w której ustawodawca określił konsekwencje jej powstawania, a mianowicie – obowiązek pokrycia straty przez organ tworzący dany s.p.z.o.z., a w dalszej kolejności – likwidację zadłużonej jednostki. Zidentyfikowany w ten sposób przedmiot zaskarżenia może budzić wątpliwości sprowadzające się do stwierdzenia, że wnioskodawca niewłaściwie określił przepisy, którym zarzuca niekonstytucyjność.

Takie stanowisko zostało wyrażone przez TK w wyroku z 12 października 2004 r. (sygn. K 31/02, OTK ZU nr 9/A/2004, poz. 91). Obowiązek pokrycia przez organ założycielski straty netto generowanej działalnością zakładu opieki zdrowotnej, będący zasadniczym przedmiotem rozpatrywanego obecnie wniosku konstytucyjnego, nie jest bowiem rozwiązaniem nowym. Pod nazwą „niedoboru finansowego” oraz „ujemnego wyniku finansowego” był już przewidziany w art. 60 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408; dalej: u.z.o.z.), który to przepis został poddany kontroli konstytucyjnej z inicjatywy organów uchwałodawczych kilku powiatów. Trybunał stwierdził wówczas, że art. 60 ust. 6 u.z.o.z., zgodnie z którym „Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego (...)”, nie jest niezgodny z art. 167 ust. 1 Konstytucji. TK uznał, że przejmowanie zobowiązań s.p.z.o.z. przez podmiot tworzący jest „logicznym następstwem poprzedzających go rozwiązań zawartych w ustawie o ZOZ” oraz, że „[P]rzyjęte rozwiązania, których tylko logiczną konsekwencją jest zaskarżony art. 60 ust. 6 ustawy o ZOZ nie zostały jednak zakwestionowane przez wnioskodawców”.

Trybunał w obecnym składzie dostrzegł jednak trudność wskazania – konkretnych, bardzo licznych, zawartych w aktach prawnych różnej rangi i podlegających częstym zmianom – przepisów, które w sumie składają się na określenie zakresu obowiązków s.p.z.o.z. realizujących świadczenia opieki zdrowotnej. W dalszym ciągu dokonywanej oceny konstytucyjności Trybunał wskazał kilka przykładów regulacji nakładających takie obowiązki (por. pkt 4.). Na obecnym etapie oceny Trybunał przyjął, że – wobec trudności ze stworzeniem wyczerpującego katalogu unormowań szczegółowych, kreujących nowe obowiązki s.p.z.o.z. – wskazanie przez wnioskodawcę jako przedmiotu kontroli konstytucyjnej art. 59 ust. 2 u.d.l., przepisu o charakterze generalnym, który normuje konsekwencje finansowe realizowania tych

obowiązków, jest dopuszczalne i – co więcej – wydaje się jedynym racjonalnym ujęciem przedmiotu zaskarżenia. Obowiązek finansowania straty netto s.p.z.o.z. przez organ tworzący w istocie oznacza obowiązek finansowania – z pewnym opóźnieniem – z budżetu tegoż organu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W konsekwencji TK uznał prawidłowość wskazania art. 59 ust. 2 u.d.l. jako głównego przedmiotu kontroli konstytucyjnej, choć – rzecz jasna – przyczyny powstawania straty netto s.p.z.o.z. muszą być poddane pogłębionej analizie.

2.2. Ustalenie treści zarzutów.

Ustalenie treści zarzutów stawianych przez wnioskodawcę także wymaga pewnej refleksji. Paradoksem może wydawać się bowiem jednoczesne wskazanie jako wzorców kontroli konstytucyjnej dwóch pierwszych ustępów art. 166 Konstytucji, z których każdy odnosi się do innego zakresu działania j.s.t., odpowiednio do zadań własnych i zleconych. Takie ujęcie wzorców pozwalałoby posądzać wnioskodawcę o brak wiedzy na temat zadań samorządu województwa, gdyby nie fakt, że art. 166 ust. 1 i 2 w *petitum* został wskazany w związku z art. 2 Konstytucji. Jak wynika z uzasadnienia wniosku, zarzut dotyczy właśnie nieprecyzyjnego określenia przez ustawodawcę zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia. Sprzeczne z zasadą prawidłowej legislacji (art. 2 Konstytucji) jest takie normowanie obowiązków służby zdrowia, które nie pozwala odróżnić zadań własnych i zleconych j.s.t. Ta niejasność przepisów, zdaniem wnioskodawcy, jest wykorzystywana do przeliczenia na j.s.t. kosztu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd dalsze zarzuty: nieprzekazywania samorządom z budżetu centralnego odpowiednich środków finansowych pozwalających na realizację nakładanych obowiązków (art. 167 ust. 4 Konstytucji), co w konsekwencji może prowadzić do likwidacji s.p.z.o.z. z naruszeniem art. 68 ust. 2 Konstytucji.

W ocenie TK wskazanie wzorców kontroli budzi wątpliwości, gdyż – jak wynika z uzasadnienia – wnioskodawca zakłada, że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej nie należy do samorządów lokalnych, lecz jest zadaniem państwa. Wnioskodawca nie jest zatem do końca konsekwentny: z jednej strony zarzuca brak jasności co do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej zaś – przyjmuje, że ciężar ten nie spoczywa na j.s.t. W ocenie TK, dopiero rozstrzygnięcie kwestii podziału zadań w sferze ochrony zdrowia pozwoli ustalić adekwatne wzorce kontroli. Z góry jednak należy przesądzić, że – w świetle uzasadnienia wniosku – zasadniczym wzorcem kontroli konstytucyjnej w rozpatrywanej sprawie jest art. 167 ust. 4 Konstytucji. Niezależnie bowiem od tego, jak – z punktu widzenia art. 166 Konstytucji – zostanie zakwalifikowane udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wnioskodawca zasadniczo kwestionuje brak środków finansowych przekazywanych na realizację tego zadania przez s.p.z.o.z., dla których organem założycielskim są samorządy. Pozostałe wzorce mają charakter związkowy.

2.3. Podsumowanie.

Zestawienie przedmiotu zaskarżenia z powołanymi wzorcami kontroli konstytucyjnej wskazuje, że zasadniczym problemem konstytucyjnym w niniejszej sprawie jest ustalenie, na kim – na państwie czy na jednostkach samorządu terytorialnego – ciąży obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przepisami powszechnie obowiązującymi.

3. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu centralnego.

3.1. Uwagi wstępne.

Z pism złożonych przez uczestników postępowania w niniejszej sprawie można by wnosić, że zasadnicze znaczenie dla oceny konstytucyjnej ma ustalenie, czy finansowanie

ochrony zdrowia stanowi zadanie własne samorządu terytorialnego na poziomie województwa, czy też jest zadaniem zleconym. TK stoi na stanowisku, że kwestia ta – po pierwsze – w rozpatrywanej sprawie ma znaczenie drugorzędne, oraz – po drugie – w zasadzie została rozstrzygnięta w orzecznictwie TK.

Trybunał odnotowuje, że obecnie w literaturze podaje się w wątpliwość kryteria i klarowność podziału zadań samorządu terytorialnego na własne i zlecone, podziału wynikającego wprost z art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji. Zwraca się uwagę, że podział zadań na własne i zlecone ulega obecnie zatarciu (zob. M. Stahl, *Konstytucyjna regulacja zadań samorządu terytorialnego* [w:] *Konstytucyjne umocowanie samorządu terytorialnego*, red. nauk. M. Stec, K. Małysa-Sulińska, Warszawa 2018, s. 132 i 138; Z. Niewiadomski, *Zadania samorządu terytorialnego* [w:] *System Prawa Administracyjnego, t. VI. Podmioty administrujące*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2011, s. 142-144 i powołana tam literatura). A. Wróbel wskazuje, że choć konstytucyjnie wprowadzono podział zadań samorządu na własne i zlecone, to w istocie, w drodze ustawodawstwa zwykłego, podziału tego nie tylko się nie rozwija, ale wręcz przeciwnie, w istocie zaciera się różnice pomiędzy ww. kategoriami zadań. Wprowadzając jedno – wspólne dla całokształtu zadań samorządu (własnych i zleconych) – kryterium nadzoru, którym jest legalność, polski ustawodawca osłabia deklarowany podział zadań na własne i zlecone. Kieruje nim zamiar wzmocnienia samodzielności jednostek samorządu terytorialnego. Wprawdzie nadal aktualne jest zróżnicowanie sposobu finansowania zadań samorządu: własne finansowane są ze środków własnych, zaś zlecone ze środków zleciodawcy, jednak – ze względu na przysługujące jednostce samorządowej stosowne roszczenie, którego może dochodzić przed sądem – także w dziedzinie finansowania następuje w polskim ustawodawstwie zacieranie różnic między zadaniami zleconymi i własnymi.

Spostrzeżenia te są szczególnie trafne w odniesieniu do zadań z zakresu ochrony zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że konstytucyjny standard określony w art. 68 ust. 2 Konstytucji kreuje odpowiedzialność władzy publicznej za równy dostęp obywateli do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Te ogólne uwagi nie mogą jednak zastąpić analizy przepisów regulujących funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ramach tej analizy konieczne jest sięgnięcie nie tylko do u.d.l., której regulacja jest przedmiotem kontroli konstytucyjnej, ale także do ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 512, ze zm.; dalej: u.s.w.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.; dalej: u.ś.o.z.).

W pierwszej kolejności jednak TK uznał za celowe przedstawienie standardu z art. 68 ust. 2 Konstytucji i konsekwencji, jakie wypływają z niego dla władzy państwowej.

3.2. Obowiązki władzy publicznej wynikające z art. 68 ust. 2 Konstytucji w świetle wyroku TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03.

3.2.1. Art. 68 ust. 2 Konstytucji gwarantuje obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez władze publiczne oraz finansowanych ze środków publicznych. Pogłębionej interpretacji art. 68 ust. 2 Konstytucji Trybunał dokonał w pełnoskładowym wyroku z 7 stycznia 2004 r. (sygn. K 14/03), którego przedmiotem była ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391; dalej: ustawa z 2003 r.). W uzasadnieniu rozstrzygnięcia, które w zasadzie wyeliminowało kontrolowaną ustawę z systemu prawa, TK wskazał, że „[Z] art. 68 ust. 2 Konstytucji wynikają następujące konsekwencje:

Po pierwsze – konieczne jest funkcjonowanie w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych. (...)

Po drugie – świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (a więc już nie dla «każdego»), przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze «programowym», ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia (*verba legis*: «...władze publiczne [...] zapewniają...»). (...)

Po trzecie – dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. (...)

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

Określając tak wysokie wymagania wobec władzy publicznej, jednocześnie TK podkreślił szeroki zakres swobody ustawodawcy kształtowania systemu opieki zdrowotnej. Na uwagę zasługuje w szczególności stwierdzenie, że „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych”.

Dostrzegając swobodę kształtowania systemu ochrony zdrowia przez ustawodawcę, Trybunał podkreślił, że „[U]stawodawca dokonując wyboru określonego modelu normatywnego bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają”. W dalszym ciągu Trybunał stwierdził, że „[n]ewralgicznego znaczenia nabiera w związku z tym prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Wiąże się to ściśle z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania, gwarantujących niezbędną transparentność działań, skuteczne ich nadzorowanie, jak również jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności. (...) Ustawowe ustalenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy bowiem uznać za niewystarczające, jeśli system jest dysfunkcyjny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia formalnie gwarantowanej w Konstytucji zasady równej dostępności do wyżej wymienionych świadczeń”.

3.2.2. Trybunał w obecnym składzie podzielił przywołane zapatrywania pełnego składu TK. Sformułowanie art. 68 ust. 2 Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny. Choć warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawodawca, to nie może on zwolnić władz publicznych z zapewniania świadczeń w tym zakresie. Racjonalny ustawodawca, dysponując odpowiednią wiedzą, jest uprawniony do rozłożenia zadań w zakresie ochrony zdrowia na poszczególne władze publiczne, a nawet do ich skomercjalizowania w pewnym

zakresie. Jednocześnie jest jednak zobowiązany do wprowadzenia takich rozwiązań prawnych, aby każdy obywatel miał możliwość, na terenie całego państwa, otrzymania porównywalnego poziomu ochrony finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od formuły organizacyjnej tzw. świadczeniodawców (zakońców świadczących usługi) oraz podmiotu tworzącego.

Formułując powyższe spostrzeżenia Trybunał nie przesądza, jaki powinien być zakres świadczeń gwarantowanych przez publiczną służbę zdrowia oraz jak gęsta miałyby być sieć placówek, które je świadczą. Prawodawca dokonując ustaleń w tym zakresie nie powinien jednak kierować się wyłącznie przesłankami finansowymi. Zasobność budżetów poszczególnych j.s.t. nie powinna mieć znaczącego wpływu na udzielanie opieki zdrowotnej na ich terenie, choć oczywiście nie da się tego wpływu całkowicie wyeliminować (kwestia stanu budynków, oddalenia od centrów klinicznych, komfortu, itp.).

Do państwa należy określenie zakresu i poziomu świadczeń gwarantowanych, a także gromadzenie i organizacja dystrybucji środków na nie przeznaczonych. Można sobie wyobrazić system, przyjęty przez wiele państw, w którym obywatel korzystający z pomocy medycznej w ramach gwarantowanego koszyka świadczeń sam za nią płaci, a następnie otrzymuje zwrot ceny, ustalonej z uwzględnieniem powszechnie obowiązujących przepisów.

W Polsce, po stwierdzeniu niekonstytucyjności ustawy z 2003 r., przyjęto model, w którym środki przeznaczone na opiekę zdrowotną gromadzone są w instytucji centralnej – NFZ, a następnie redystrybuowane do świadczeniodawców. Także i w tym modelu państwo – poprzez NFZ – musi zapewnić, że obywatel uzyska gwarantowane ustawą świadczenie „finansowane ze środków publicznych”.

3.3. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ.

3.3.1. Jak wyżej wskazano, unormowanie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, źródeł i zasad ich finansowania znalazło się w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z punktu widzenia niniejszych rozważań najważniejsze jest zwrócenie uwagi na pozycję prawną utworzonego na jej podstawie Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ lub Fundusz – art. 96 u.ś.o.z.), będącego państwową osobą prawną. Do NFZ wpływają wszystkie składki płacone przez zobowiązanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (co do zasady – obywateli, do których odnosi się art. 68 ust. 2 Konstytucji). Podstawowe zadania NFZ, określone w art. 97 u.ś.o.z., to zarządzanie tymi składkami (także innymi środkami wskazanymi w art. 116 u.ś.o.z.) i finansowanie wskazanych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 14 u.ś.o.z., za zapewnienie środków publicznych na finansowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedzialni są właściwi ministrowie oraz NFZ. Fundusz, będąc częścią sektora finansów publicznych (art. 9 pkt 9 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych; Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.; dalej: u.f.p.), podlega dyrektywnie dokonywania wydatków w sposób efektywny, oszczędny i terminowy (art. 44 ust. 3 u.f.p.).

3.3.2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej i rozporządzenia wykonawcze do niej (m.in. 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, ze zm.; z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, Dz. U. poz. 1225, dalej: rozporządzenie z 2017 r.; z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, Dz. U. poz. 1207, regulują procedury, za pomocą których NFZ zbiera informacje i dystrybuuje zgromadzone środki między świadczeniodawców. Do Funduszu należy między innymi przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (art. 97 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z.). Podmioty lecznicze, aby udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu muszą zawrzeć umowę z NFZ (art. 132 ust. 1 u.ś.o.z.). Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie są finansowane przez NFZ wyłącznie w wypadkach i na zasadach określonych w ustawie (art. 132 ust. 4 u.ś.o.z.). Wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może bowiem przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 5 u.ś.o.z.). Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez s.p.z.o.z. poza zakresem umowy zawartej z NFZ są określane jako „nadwykonania”, które wnioskodawca wskazuje jako główne źródło długów szpitali. Do kwestii tej Trybunał powróci w dalszej części uzasadnienia, sygnalizując również zmiany w systemie finansowania związane z wprowadzeniem w 2017 r. tzw. sieci szpitali (zob. pkt 4.2. uzasadnienia).

3.4. Zadania własne j.s.t. w ochronie zdrowia.

3.4.1. Trybunał stwierdził, że j.s.t. są jedną z podstawowych grup podmiotów będących organami założycielskimi dla s.p.z.o.z. Zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872, ze zm.; dalej: przepisy wprowadzające u.r.a.p.), z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył s.p.z.o.z. W ust. 1a tego przepisu sprecyzowano, że uprawnienia, o których mowa w ust. 1, w stosunku do s.p.z.o.z. przejmują gminy, powiaty i samorządy województw, odpowiednio do swoich kompetencji, 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. To zaś, która jednostka samorządu terytorialnego stała się organem założycielskim konkretnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zostało określone w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (Dz. U. Nr 65, poz. 659), wydanego na podstawie art. 47 ust. 2a przepisów wprowadzających u.r.a.p. Pełnienie funkcji podmiotu tworzącego s.p.z.o.z. zostało zatem powierzone samorządowi województwa (podobnie jak gminom i powiatom) na mocy ustawy.

Trybunał przypomina, że w wyroku z 27 czerwca 2000 r., sygn. K 20/99 (OTK ZU nr 5/2000, poz. 140) stwierdził konstytucyjność art. 47 ust. 1 przepisów wprowadzających u.r.a.p. z art. 2, art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji oraz z art. 9 ust. 2 Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego (Dz. U. z 1994 r. Nr 124, poz. 607).

Aktualnie pełnienie przez jednostki samorządu terytorialnego (w tym samorząd województwa) funkcji organu tworzącego s.p.z.o.z. jest przewidziane w art. 6 ust. 2 u.d.l., zgodnie z którym jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej; jednostki budżetowej i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3.4.2. Status organu tworzącego s.p.z.o.z., jaki może być udziałem konkretnej j.s.t., nie jest jednak równoznaczny z obciążeniem jej wykonywaniem zadania własnego w postaci zagwarantowania mieszkańcom świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak wyjaśnił Trybunał „[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” (wyrok z 28 czerwca 2001 r., sygn. U 8/00, OTK ZU nr 5/2001, poz. 123). Organy samorządu muszą więc mieć, w zakresie określonym ustawami, prawo decydowania o sposobie realizacji tego zadania (zob. wyrok z 25 lipca 2006 r., sygn. K 30/04, OTK ZU nr 7/A/2006, poz. 86). Dodatkową cechą zadań własnych jest ich lokalny lub – odpowiednio powiatowy albo regionalny – charakter.

Wcześniej poczynione uwagi na temat obowiązków władzy publicznej wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji, a także analiza zakresu regulacji u.d.l. i u.ś.o.z., prowadzą do wniosku, że to ustawodawca, mocą aktów powszechnie obowiązujących, określa krąg podmiotów uprawnionych do świadczeń, zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych i standard ich udzielania przez świadczeniodawców, jak również wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wreszcie państwo – przez stworzoną w tym celu osobę prawną, czyli NFZ – zarządza środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokonuje wyboru świadczeniodawców i wypłaca im środki na prowadzoną działalność, w zasadzie wg ustalanych przez siebie kryteriów.

TK stwierdził, że w ten sposób zorganizowany system ochrony zdrowia, całościowo uregulowany ustawami i wydanymi na ich podstawie rozporządzeniami, nie pozostawia miejsca na kreatywną i samodzielną rolę samorządów terytorialnych w tej dziedzinie. Nie ma tu miejsca na „zadania własne” w rozumieniu, jakie nadaje temu pojęciu doktryna i TK. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało przez prawodawcę w całości powierzone wyspecjalizowanej instytucji centralnej, jaką jest NFZ.

3.4.3. Ostatnie spostrzeżenie należy wzmocnić odwołując się do przepisów regulujących rolę samorządu województwa w ochronie zdrowia. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.: „Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie: (...) promocji i ochrony zdrowia”. Tak ogólne sformułowane nie zostało sprecyzowane w ustawach określających zasady ochrony zdrowia, w szczególności w u.ś.o.z. Z punktu widzenia rozpatrywanego problemu na szczególną uwagę zasługuje to, że podstawowy akt prawny regulujący finansowanie ochrony zdrowia, a zatem u.ś.o.z., w żadnym z przepisów nie przewiduje obowiązku finansowania czy współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Art. 7, art. 8 i art. 9 u.ś.o.z., odnoszące się bezpośrednio do zadań j.s.t. posługują się formułą: „zadania własne gminy [odpowiednio: powiatu i samorządu województwa] w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”. Formułę tą należy przeciwstawić wyraźnemu sformułowaniu art. 97 ust. 2 i nast. u.ś.o.z., w którym mowa o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

O braku tego obowiązku j.s.t. świadczy też pośrednio ustawa nowelizująca. Pierwotnie tylko art. 9 u.ś.o.z. odnosił się do zadań samorządu województwa, stanowiąc, że: „Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności: 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej (...); 3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa”. Ustawą nowelizującą dodano art. 9a u.ś.o.z., stanowiący, że „W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regio-

nalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”.

TK podkreśla, że dopiero dzięki temu przepisowi powstała prawna możliwość ewentualnego dofinansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez samorządy województw. Przepisem tym ustawodawca nie nałożył jednak na samorządy obowiązku współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a jedynie stworzył im – fakultatywną – możliwość łożenia na ten cel. Przed zmianą u.ś.o.z. takie współfinansowanie świadczeń można by kwalifikować jako naruszenie dyscypliny budżetowej, gdyż w zasadzie brak było podstawy prawnej wydatkowania środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które w podstawowym zakresie są finansowane przez NFZ.

3.4.4. Przeciwno uznaniu obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez j.s.t. wyraźnie przemawia też stanowisko TK, wyrażone w wyroku o sygn. K 14/03. Należy przypomnieć, że zarzutem, który miał wówczas istotny wpływ na stwierdzenie naruszenia Konstytucji i wyeliminowanie ocenianej ustawy z porządku prawnego, było zróżnicowanie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, swego rodzaju partykularyzm, do jakiego prowadzić mogło powołanie centrali i wojewódzkich struktur NFZ.

3.4.5. Podsumowując ten fragment analizy TK stwierdził, że – jak to wynika z przywołanego już wyroku o sygn. K 31/02 i dokonanych wyżej ustaleń – ochrona zdrowia stanowi zadanie o charakterze mieszanym. To pęknięcie kompetencyjne oznacza, że realizacja zadań w zakresie ochrony zdrowia jest podzielona między władze centralne (zasadniczo działające przez NFZ) i samorządowe, przede wszystkim na poziomie województwa i powiatu. Podmioty tworzące s.p.z.o.z. występują w roli właściciela, zarządcy i nadzorcy tych zakładów, a przez to mają obowiązek sprawowania bieżącego nadzoru administracyjnego, monitorowania prowadzonej w nich działalności leczniczej, zapewnienia właściwej formuły organizacyjnej i jej racjonalizowania.

Pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z., także na poziomie regionalnym, nie odpowiada wypracowanym w orzecznictwie konstytucyjnym kryteriom „samodzielności” i „kreatywności” zadania własnego jednostki samorządu terytorialnego. Samorządy zostały zobowiązane – na mocy wskazanych wyżej przepisów wprowadzających u.r.a.p. – do pełnienia funkcji organu założycielskiego określonego rodzaju placówek ochrony zdrowia, co jednak nie wiązało się z przekazaniem im kompetencji do prowadzenia polityki zdrowotnej. Zdaniem Trybunału jest to uzasadnione ponadlokalnym i ponadregionalnym charakterem ochrony zdrowia jako zadania władz publicznych. Obowiązujące ustawy, zwłaszcza u.ś.o.z., nie pozostawiają wątpliwości, że wyznaczenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej opłacanych ze środków publicznych, źródła tych środków i dysponowanie nimi są ustalane centralnie. Tylko takie rozwiązanie prawne umożliwia bardziej efektywną realizację założeń systemu ochrony zdrowia pojmowanego jako całość. Co więcej, w ocenie TK pozostawienie tych regulacji w gestii j.s.t. stanowiłoby naruszenie gwarancji wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Powyższe ustalenia prowadzą do wniosku, że art. 166 ust. 1 Konstytucji, stanowiący o zadaniach własnych j.s.t. jest nieadekwatnym wzorcem kontroli w niniejszej sprawie.

4. Zupełność systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej?

4.1. Źródła straty finansowej s.p.z.o.z.

4.1.1. Przedstawiona wyżej teza o podziale zadań w zakresie ochrony zdrowia między władze centralne i samorządowe w terenie oraz ustalenie, że finansowanie świadczeń ochrony zdrowia spoczywa na władzy centralnej, która – zasadniczo – powierzyła to zadanie podmiotowi wykreowanemu specjalnie w tym celu, tj. NFZ, otwiera możliwość analizy kwestiono-

wanego art. 59 ust. 2 u.d.l., zobowiązującego podmiot tworzący s.p.z.o.z. do pokrycia straty netto zakładu. Trybunał stwierdził, że osiã sporu między wnioskodawcą a pozostałymi uczestnikami postępowania, jaki ujawnia się w rozpatrywanej sprawie, jest źródło zadłużenia s.p.z.o.z. W ocenie Marszałka Sejmu i Prokuratora Generalnego, długi te wynikają ze złego zarządzania i niegospodarności placówek leczniczych, za które odpowiedzialność ponosi podmiot je tworzący. Natomiast wniosek Sejmiku opiera się na tezie, że źródłem długów jest niedofinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot do tego zobowiązany, czyli NFZ. Rozstrzygnięcie tego „sporu” ma znaczenie zasadnicze, gdyż od niego w istocie zależy ocena konstytucyjna kwestionowanego przepisu. Gdyby NFZ w pełni uwzględnił ilość i refundował koszt świadczeń udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej związane z nim kontraktem, obciążenie organów założycielskich długami utworzonych przez nie placówek należałoby uznać za w pełni racjonalne i zgodne z wzorcami kontroli konstytucyjnej.

4.1.2. TK ma świadomość, że precyzyjne oddzielenie kosztu prowadzenia s.p.z.o.z. przez podmiot tworzący od kosztu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej jest niemożliwe. Operacja taka wymagałaby ustalenia kosztów działalności s.p.z.o.z. w skali każdej placówki i zestawienia ich z wartością kontraktu podpisanego przez nią z NFZ. TK nie ma, co oczywiste, narzędzi badawczych do weryfikowania tej relacji, choćby w odniesieniu do szpitali utworzonych przez wnioskodawcę. Ważniejsze jednak, że dla rozstrzygnięcia problemu konstytucyjnego nie ma potrzeby dokonywania takiej weryfikacji. Trybunał nie jest bowiem sądem faktów, lecz prawa. Trybunał nie sięga zatem do konkretnych umów, będących podstawą wypłacania przez NFZ środków świadczeniodawcom, lecz bada wynikający z obowiązujących przepisów mechanizm ustalania kwot im należnych i sposobu ich przekazywania uprawnionym.

W poniższej analizie Trybunał przyjął więc racjonalne założenie, że to ustawodawca/prawodawca musi ocenić wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z wprowadzanych zmian prawa. Wykonanie obowiązku finansowania tych świadczeń, który to obowiązek spoczywa na NFZ z mocy ustawy (por. pkt 3.3. uzasadnienia), zakłada więc – w chwili zawierania kontraktu dotyczącego finansowania danego zakładu – obiektywną ocenę kosztu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w razie podniesienia wymagań ustawowych co do jakości i warunków ich realizacji – zaplanowanie w ustawie odpowiedniej rekompensaty wypłacanej świadczeniodawcom. TK podkreśla, że prawodawca przewidział odpowiednie procedury w procesie stanowienia prawa – osiągnięciu wskazanego celu służy przeprowadzenie oceny skutków regulacji, przewidziane w § 28 ust. 2 pkt 3 i 4 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2016 r. poz. 1006, ze zm.).

Przystępując do oceny stanu prawnego, pod kątem spełnienia wskazanych założeń, TK uznaje za konieczne uwzględnienie dwóch czynników wpływających na powstawanie zadłużenia: pierwszym jest sygnalizowane przez wnioskodawcę finansowanie tzw. nadwykonań (pkt 4.2.), drugim – zmiany przepisów określających jakość/standard świadczeń opieki zdrowotnej (pkt 4.3.).

4.2. Finansowanie s.p.z.o.z. na podstawie kontraktów.

4.2.1. Jedną z głównych przyczyn zadłużania szpitali jest brak finansowania tzw. nadwykonań, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez s.p.z.o.z. zgodnie z obowiązującymi go przepisami, które jednak nie są objęte kontraktem wynegocjowanym z NFZ. Wnioskodawca wiąże problem przede wszystkim z podkreślonym w *petitum* wniosku art. 15 u.d.l., statuującym obowiązek udzielania świadczeń na rzecz osób, które potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (tzw. procedury w stanach nagłych). Jak wynika z przepisów, komentarzy do nich, a także z orzecznictwa sądowego, problemy wiążą się z rozliczaniem pełnego zakresu świadczeń udzielanych przez

s.p.z.o.z. Poza świadczeniami objętymi kontraktem i w stanach nagłych, w szpitalach wykonywane są tzw. procedury nielimitowane, obejmujące m.in. porody, niektóre procedury z zakresu kardiologii interwencyjnej oraz pakiet onkologiczny. Co do zasady wartość kontraktu z NFZ jest automatycznie powiększana o koszt świadczeń w ramach procedur nielimitowanych. Procedury w stanach nagłych, które w efekcie orzeczeń Sądu Najwyższego także są refundowane przez NFZ, i to niezwłocznie po złożeniu przez świadczeniodawcę stosownego wniosku, tyle że zapłata za nie zmniejsza pulę środków na świadczenia zakontraktowane (limitowane procedury planowe), także te, które zostały wykonane wcześniej. Innymi słowy: świadczenia nieujęte w kontrakcie, ale wykonane w „stanie wyższej konieczności”, są rozliczane niejako kosztem świadczeń zaplanowanych, które powiększają wartość nadwykonań za dany okres. Ich refundacja zależy od wyniku negocjacji z NFZ, a w razie odmowy refundacji, koszt udzielonych świadczeń obciąża s.p.z.o.z. Jak stwierdza komentatorka, „[w] związku z tym rozliczenie wykonania umowy do zakończenia okresu rozliczeniowego jest niestabilne i stwarza wrażenie, jakby Fundusz co miesiąc zmieniał zdanie na temat świadczeń, za które płaci.” (A. Pietraszewska-Macheta, *Komentarz do art. 132 u.ś.o.z. [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018). Należy dodać, że wypłacanie przez NFZ świadczeniodawcom środków finansowych odbywa się w różnych odstępach czasu po wykonaniu świadczeń. Z pewnością nadwykonania oraz świadczenia sporne są rozliczane po dłuższym okresie niż świadczenia nielimitowane oraz procedury w stanach nagłych. Oznacza to, że na bieżące finansowanie luki przychodowej świadczeniodawca musi pozyskać – jeśli, co bardzo prawdopodobne, nie osiąga zysku – dodatkowe środki finansowe. Pozyskanie środków finansowych na bieżące finansowanie s.p.z.o.z. pociąga za sobą stosunkowo wysokie koszty.

4.2.2. Z punktu widzenia oceny zasadności wniosku, istotne są sprawozdania Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK), w pełni potwierdzające tezy wnioskodawcy. W sprawozdaniu ze swojej działalności za 2015 r., jako jeden z najpoważniejszych problemów służby zdrowia, NIK wskazała „nadwykonania, wynikające z niedoszacowania liczby procedur medycznych, będące przedmiotem wieloletnich roszczeń wobec płatnika, nierzadko dochodzonych na drodze postępowania sądowego. Stwierdzono je we wszystkich kontrolowanych szpitalach. Świadczenia wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych z NFZ, obciążały wyniki finansowe kontrolowanych szpitali (generowały straty)” (druk sejmowy nr 618, VIII kadencja, s. 405 sprawozdania). Również w sprawozdaniu NIK za 2018 r. wskazano konieczność „systemowego uregulowania problemu rozliczania świadczeń, innych niż ratujące życie, wykonanych ponad limit określony w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami” (druk sejmowy nr 3366, VIII kadencja, s. 400). Podobne spostrzeżenia NIK formułowała właściwie we wszystkich kontrolach cząstkowych, dotyczących sektora ochrony zdrowia.

4.2.3. Trybunał zwraca uwagę, że już po złożeniu wniosku w niniejszej sprawie, mocą ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844; dalej: nowelizacja z 2017 r.) zasady finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej uległy częściowej modyfikacji.

Istotą nowego rozwiązania, mającego – co należy podkreślić – charakter nieobowiązkowy, jest wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ – art. 951 u.ś.o.z.; potocznie mówi się o „sieci szpitali”) oraz ryczałtowego wynagradzania świadczeniodawców (art. 136c u.ś.o.z.). Świadczeniodawcę kwalifikuje się do PSZ na okres 4 lat (art. 2 ust. 2 nowelizacji z 2017 r.), na określonym poziomie. Taki świadczeniodawca ma zagwarantowane zawarcie umowy z NFZ. Jej szczegółowy zakres uzależniony jest od poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń (art. 951 u.ś.o.z. w związku z art. 3 nowelizacji z 2017 r.).

Obecnie zatem szpitale, które włączyły się do sieci, nie otrzymują z NFZ środków za zakontraktowane i zrealizowane świadczenia, lecz są finansowane ryczałtem (art. 136c ust. 6 pkt 1 u.ś.o.z. oraz wydane na jego podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej; Dz. U. poz. 1783) lub w ramach systemu odrębnego finansowania (art. 136c ust. 6 pkt 2 u.ś.o.z. oraz wydane na jego podstawie rozporządzenie z 2017. Ryczałt ustalany jest na okres rozliczeniowy, nie dłuższy niż rok, w oparciu o wskazane w art. 136c u.ś.o.z. parametry. Jego wysokość zasadniczo nie może ulegać zmianie, za wyjątkiem sytuacji określonych w art. 136c ust. 4 u.ś.o.z.

Nowy system finansowania szpitali w założeniu miał poprawić ich sytuację finansową. Jak jednak wykazała kontrola NIK (nr KZD.430.002.2019, „Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”, informacja zatwierdzona 19 czerwca 2019 r.), zmiana systemu nie przyniosła zakładanej poprawy. W pierwszych trzech kwartałach 2018 r. przychody kontrolowanych szpitali były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 r. o prawie 13%, ale koszty o ponad 17%, tymczasem NFZ kompleksowo podniósł wysokość świadczeń w całym badanym okresie tylko raz, w 2017 r. – o 4%. Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów spowodowała wzrost zobowiązań szpitali, jak również przelożyła się na pogorszenie ich wyników finansowych. W efekcie, wartość zobowiązań s.p.z.o.z. ogółem na koniec III kwartału 2018 r. wynosiła 12 685,6 mln zł i była najwyższa od 15 lat.

4.2.4. Analiza mechanizmu finansowania ochrony zdrowia pozwala sformułować pierwsze spostrzeżenia co do przyczyn powstawania strat finansowych s.p.z.o.z. Okazuje się, że choć system finansowania ochrony zdrowia jest traktowany jako zupełny, a zatem – pokrywający całość poniesionych kosztów w ramach gwarantowanego koszyka świadczeń zdrowotnych, to jednak istnieją sytuacje, w których świadczeniodawca (w tym s.p.z.o.z.) może na leczenie pacjentów ponosić wydatki wyższe niż przewidziane w jego planie finansowym i w umowie zawartej z NFZ. W ocenie TK, powstawanie takich sytuacji nie jest skutkiem błędnej praktyki zawierania umów i ich wykonywania, lecz konsekwencją stosowania wadliwej regulacji finansowania świadczeń zdrowotnych. Regulacja ta nie uwzględnia dynamiki działania świadczeniodawców, którzy mocą ustaw są zobowiązani do udzielania świadczeń nieujętych w planach finansowych.

4.3. Konsekwencje finansowe podnoszenia wynagrodzeń w służbie zdrowia i jakości świadczeń zdrowotnych.

4.3.1. Trybunał zauważa, że niezależnie od stale rosnącej liczby świadczeń udzielanych przez s.p.z.o.z., z których – wbrew założeniu zupełności systemu – nie wszystkie są refundowane przez NFZ, ciężar finansowania zakładów wzrasta wraz z wprowadzanymi przez ustawodawcę istotnymi zmianami w zakresie jakości/standardów opieki zdrowotnej. Zmiany te dotyczą między innymi kosztów i warunków pracy personelu medycznego (zwłaszcza podnoszenie płac), procedur stosowanych w diagnostyce i terapii, wykorzystywanego sprzętu, bezpieczeństwa i komfortu pacjentów, odpowiedzialności za szkody medyczne. Nie ulega wątpliwości, że ustawodawca wprowadza je w celu podniesienia jakości opieki zdrowotnej. Nie kwestionując ich celowości, trzeba jednak odnotować, że wprowadzanie podwyższonego standardu wiąże się ze zwiększeniem wydatków s.p.z.o.z., bezpośrednio wpływając na jednostkową cenę poszczególnych świadczeń udzielanych przez zakład.

4.3.2. Wśród aktów normatywnych, które ostatnio niewątpliwie wpłynęły na zwiększenie kosztu udzielania świadczeń medycznych wskazać należy przede wszystkim te, które odnoszą się do płac personelu medycznego, tj. m.in. ustawy:

1) z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177, ze zm.);

2) z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 38, ze zm.), która obniżyła wiek emerytalny i w związku z tym wygenerowała m.in. koszty wypłaty odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych;

3) z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471, ze zm.), która generuje koszty ponoszone na wynagrodzenia i pochodne od wynagrodzeń;

4) z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. poz. 2215, ze zm.) która również generuje koszty pracownicze.

Kolejne akty prawne z tej samej grupy służyły realizacji porozumienia Ministra Zdrowia z konkretnymi grupami pracowników zawodów medycznych. Chodzi tu zwłaszcza o:

1) ustawę z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532);

2) zarządzenie nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów wprowadzające podwyżki dla pielęgniarek;

3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34) wprowadzające podwyżki dla ratowników medycznych.

Wśród innych aktów prawnych zwiększających koszt świadczeń medycznych można wskazać m.in. nowelizacje ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zwłaszcza ustawy: z dnia 28 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 113, poz. 660), która wprowadziła pozasądową drogę naprawienia szkody medycznej i nałożyła na podmioty lecznicze obowiązek zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia; ustawę z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1128) zagwarantowała nieodpłatny pobyt w szpitalu rodzicom i opiekunom dzieci oraz osób niepełnosprawnych.

Podwyższenie kosztów ponoszonych przez s.p.z.o.z. pociągnęło za sobą także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczególnego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. poz. 1975).

Niezależnie od wyżej wskazanych, przykładowych aktów prawnych należy zauważyć, że na koszty funkcjonowania s.p.z.o.z. wpływają w sposób istotny wszelkie dodatkowe obowiązki wynikające ze zmiany prawa. Zwiększają one obowiązki w zakresie dotyczącym ochrony danych osobowych, zasad podatkowych, księgowych, ochrony środowiska itd.

4.3.3. Trybunał miał okazję potwierdzić zgodność z Konstytucją niektórych aktów prawnych wpływających na zmianę kosztów funkcjonowania służby zdrowia (por. wyroki z: 18 grudnia 2002 r., sygn. K 43/01, OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 96; 16 października 2006 r., sygn. K 25/05 OTK ZU nr 9/A/2006, poz. 122). Nie kwestionując działań legislacyjnych zmierzających do poprawy warunków pracy personelu medycznego i jakości świadczeń medycznych, Trybunał uznaje – zgodnie z wyżej poczynionym założeniem – konieczność uwzględniania wzrostu kosztów ich udzielania. Chociaż poziomu tego wzrostu nie sposób precyzyjnie wyliczyć, to jednak jego znaczenie w skali kraju jest na tyle istotne, że nie może być lekceważone przez ustawodawcę.

4.4. Narastanie zadłużenia s.p.z.o.z. i „akcje oddłużeniowe”.

4.4.1. Narastanie zadłużenia w placówkach publicznej służby zdrowia jest faktem notoryjnie znanym. Prasa codzienna donosi o braku lekarzy i kolejnych wypadkach zamykania oddziałów szpitalnych. Zawarty ostatnio Pakt dla Zdrowia 2030 będący wyrazem porozumienia ponad podziałami politycznymi (podpisali go Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, Małgorzata Kidawa-Błońska, Władysław Kosiniak-Kamysz oraz Robert Biedroń), jest dowodem powszechnej świadomości kryzysu, który dotyka nie tylko konkretne zakłady lecznicze, lecz obejmuje cały system opieki zdrowotnej.

TK zwraca uwagę, że obecna sytuacja nie powinna stanowić zaskoczenia, jeśli uwzględni się doświadczenia z całego okresu funkcjonowania systemu zasadniczo opierającego się na dwóch aktach prawnych: ustawie o działalności leczniczej (poprzednio: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) i ustawach o świadczeniach opieki zdrowotnej. Trybunał przypomina konsekwencje wprowadzenia ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45; tzw. ustawa 203), która gwarantowała podwyższenie wynagrodzenia personelu medycznego. Wyprowadzenie placówek z długów wymagało rozwiązania systemowego. Była nim ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, ze zm.), która – najogólniej ujmując – przyznała jednorazową pomoc publiczną na spłatę zobowiązań powstałych w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r. Z punktu widzenia rozpatrywanej sprawy istotna jest ocena tej ustawy oddłużeniowej dokonana przez TK w postanowieniu z 9 czerwca 2010 r., sygn. SK 32/09 (OTK ZU nr 5/A/2010, poz. 55). Podzielając argumenty zawarte w uzasadnieniach projektów ustawy, TK uznał, że jednorazowa restrukturyzacja finansowa była konieczna, ponieważ „sytuacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej: ZOZ), których zobowiązania wymagalne na koniec września 2004 r. sięgały niemal 6 mld zł, «wymaga podjęcia pilnych działań zmierzających do poprawy gospodarki finansowej i wprowadzenia mechanizmów uniemożliwiających dalsze niekontrolowane narastanie zobowiązań w przyszłości»”.

4.4.2. Także pod rządami obecnie obowiązującej ustawy systemowej – u.d.l., która w zasadniczej części weszła w życie 1 lipca 2011 r., konieczne okazało się oddłużenie s.p.z.o.z. Już w chwili jej uchwalenia przewidziano oddłużenie (art. 191-192 u.d.l.), związane z przekształcaniem s.p.z.o.z. w spółki prawa handlowego. Projekt zakładał umorzenie części zobowiązań tych zakładów wobec ZUS, a także innych zobowiązań publicznoprawnych, szacowanych wówczas na kwotę ok. 780 mln zł (s. 36 uzasadnienia, druk sejmowy nr 3489/VI kadencja). Projektodawca założył też możliwość wsparcia dotacjami tych s.p.z.o.z., które do 31 grudnia 2013 r. zostaną przekształcone w spółki (art. 196-197 u.d.l.). Szacowana wartość dotacji to 1354 mln zł (s. 36-37 uzasadnienia projektu).

Uzasadniając potrzebę nowelizacji u.d.l. przeprowadzonej ustawą nowelizującą projektodawca (Rada Ministrów) ponownie zwrócił szczególną uwagę na nieefektywność funkcjonującej regulacji. Zmiany w obowiązujących przepisach, w zakresie objętym zainteresowaniem TK w niniejszej sprawie, wynikały m.in. z faktu, że „poziom zobowiązań ogółem w 2015 r. wyniósł blisko 11 mld zł, natomiast poziom zobowiązań wymagalnych kształtował się w pobliżu kwoty 2 mld zł” (druk sejmowy nr 562/VIII kadencja, s. 4 uzasadnienia projektu).

4.4.3. Dla zobrazowania sytuacji finansowej s.p.z.o.z. warto też odwołać się do wyników kontroli przeprowadzanych przez NIK, prezentowanych Sejmowi w corocznej informacji. Sygnalizując najistotniejsze problemy ujawnione w toku przeprowadzonych kontroli, NIK każdorazowo wskazuje kwestie związane z organizacją i finansowaniem służby zdrowia. Na przestrzeni ostatnich lat należy do nich m.in. problem nadwykonań (por. pkt 4.2.).

W przedłożonym Sejmowi sprawozdaniu z działalności NIK w 2013 r. (druk sejmowy nr 2496/VII kadencja) zwrócono uwagę na „skutki systemowe braku jednolitych zasad licze-

nia kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawcę” (s. 152). Krytycznie oceniana przez NIK procedura kontraktowania spowodowała, że „świadczeniodawcy dążyli do zawarcia umowy z NFZ nawet na najniższych oferowanych warunkach, w celu utrzymania się bądź wejścia na rynek usług medycznych, licząc również na zwiększenie wartości kontraktu w przyszłości. Po tzw. konkursach głównych kolejne postępowania (uzupełniające) prowadziły do «dokontraktowania» celowo dobranych świadczeniodawców, którzy odpadli w postępowaniu głównym. Fundusz nie żądał od świadczeniodawców danych o kosztach świadczeń zdrowotnych. Szacowanie wartości jednostki rozliczeniowej (punktu) oraz wycena punktowa poszczególnych świadczeń dokonywane były bez kalkulacji ich kosztów” (s. 153). Takie same uwagi NIK przedstawiła w sprawozdaniu z działalności w 2014 r. (druk sejmowy nr 3508/VII kadencja, s. 320-321).

Ze sprawozdania z działalności NIK w 2016 r. wynika m.in., że s.p.z.o.z., mimo wsparcia otrzymywanego od podmiotów tworzących, dofinansowania ze środków Unii Europejskiej, a także zaciągania zobowiązań w bankach oraz innych instytucjach finansowych, wykazywały ujemny wynik finansowy. W 2015 r. na jego spłatę samorzady przeznaczyły łącznie 177 371 tys. zł, co umożliwiło pokrycie ujemnego wyniku za 2014 r. w wypadku 151 „samorządowych” s.p.z.o.z. To znaczy, że zaledwie 13,5% tych placówek zostało oddłużonych zgodnie z art. 59 ust. 2 u.d.l. (druk sejmowy nr 1725/VIII kadencja, s. 411).

4.5. Podsumowanie: systemowa niesprawność mechanizmu finansowania s.p.z.o.z.

Przeprowadzona analiza prowadzi Trybunał do stwierdzenia, że założenie zupełności systemu, czy też jego neutralności finansowej z punktu widzenia podmiotów publicznych tworzących zakłady opieki zdrowotnej, leżące zarówno u podstaw oceny konstytucyjnej dokonanej w wyroku o sygn. K 31/02, jak i stanowiska uczestników niniejszego postępowania, nie odpowiada rzeczywistości stanowi prawnemu. Mechanizm finansowania przez NFZ nie gwarantuje bowiem pokrycia kosztów wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez s.p.z.o.z. zgodnie z ich ustawowymi obowiązkami.

W ocenie TK, przeprowadzona powyżej analiza obowiązującego stanu prawnego i jego ewolucji daje podstawę do sformułowania tezy, że ciągłe i powszechne pojawianie się w wynikach finansowych s.p.z.o.z. straty netto, prościej ujmując: stałe narastanie zadłużenia tych zakładów, nie jest li tylko skutkiem nieudolności, braku profesjonalizmu czy należytej staranności osób zarządzających tymi zakładami i nadzorujących je, lecz ma także przyczyny obiektywne, zewnętrzne. Wpływają one na zwiększenie kosztów niezależnie od najwyższej nawet staranności dyrektorów zakładów i sprawujących nad nimi nadzór j.s.t. Zdaniem TK, „strata netto na działalności leczniczej” zakładu może powstać niezależnie od właściwego planowania, prawidłowej organizacji i zachowania wymaganej dyscypliny budżetowej. Przedstawianie przez Radę Ministrów – w uzasadnieniu projektu u.d.l. i jej nowelizacji – kolejnych, stosunkowo wysokich kwot dofinansowania dla s.p.z.o.z. uzasadnia tezę o stałych niedoborach finansowych systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedobory te są znane ustawodawcy i – wbrew stanowisku Sejmu i Prokuratora Generalnego – ich przyczyny leżą nie tylko po stronie s.p.z.o.z., lecz także mają charakter systemowy.

Jak wyżej wykazano, ich źródłem jest wadliwość mechanizmu finansowania świadczeń przez NFZ, przy czym ma ona zarówno charakter ilościowy (nie wszystkie udzielone świadczenia są „uznawane” i rozliczane przez NFZ we właściwym terminie), jak i jakościowy (NFZ płaci za poszczególne świadczenia mniej, niż wynosi ich aktualny koszt wynikający ze stosowania przez s.p.z.o.z. obowiązujących przepisów, co zwykle wiąże się z podniesieniem jakości świadczeń).

Odrzucając tezę, która okazała się kontrfaktyczna, jakoby system finansowania świadczeń medycznych przez NFZ miał charakter zupełny i – przy założeniu prawidłowego zarządzania s.p.z.o.z. – nie generował kosztów po stronie tworzących je podmiotów (w niniejszej

sprawie – samorządu województwa), TK przeszedł do oceny konstytucyjnej art. 59 ust. 2 u.d.l.

5. Ocena konstytucyjna.

5.1. Naruszenie art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

5.1.1. Ocena konstytucyjna art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l., nakładającego na j.s.t. obowiązek pokrycia straty netto s.p.z.o.z., dla którego jest ona organem tworzącym, stanowi logiczną konsekwencję dotychczasowych ustaleń.

Ustawodawca nie przyznał samorządowi terytorialnemu żadnych kompetencji ani w zakresie ustalania kręgu uprawnionych do świadczeń, ani koszyka świadczeń gwarantowanych (ich jakości), ani określenia wysokości składki zdrowotnej, wreszcie – egzekwowania i zarządzania tą składką. Konsekwentnie, ustawodawca w żadnym z przepisów nie nałożył na j.s.t. obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Dopiero ustawa nowelizująca wprowadziła fakultatywne ich dofinansowywanie przez samorząd województwa. Obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych spoczywa – z mocy ustawy – na władzy centralnej i powinien być realizowany za pośrednictwem NFZ. W konsekwencji, zdaniem TK, w tym zakresie nałożone na j.s.t. zadania z zakresu ochrony zdrowia powinny być traktowane jako zadanie zlecone w rozumieniu art. 166 ust. 2 Konstytucji. W zasadzie uczestnicy postępowania (Marszałek s. 35 stanowiska, Prokurator s. 63 stanowiska) dzielą tę ocenę, jednak – odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 167 ust. 4 Konstytucji – uznali, że zadanie dotyczące ochrony zdrowia nie jest dla samorządu województwa zadaniem nowym tylko jest kontynuacją wcześniej nałożonego – a w związku z tym nie doszło do naruszenia zasady adekwatności.

Trybunał stwierdza, że realizacja zasady: „nowe środki finansowe tylko na nowe zadanie” musi mieć realne granice. Ze względów przedstawionych wyżej (pkt 4 uzasadnienia), wykonywanie zadania zleconego z zakresu ochrony zdrowia wymaga stale rosnącego nakładu finansowego, przy czym wzrost kosztu w zdecydowanej mierze wynika z dyktowanego ustawami lub rozporządzeniami podwyższania wynagrodzeń w służbie zdrowia i podnoszenia poziomu bezpieczeństwa i jakości świadczeń zdrowotnych. Trybunał aprobująco przypomina swój wcześniej wyrażony pogląd, że: „(...) gminom przysługuje ochrona, nie tylko w związku z powierzaniem im nowych zadań, lecz także odpowiednio do zadań już im przypadających, lub ich modyfikacji, pociągającej za sobą konieczność zmiany w podziale dochodów publicznych. (...) Trybunał Konstytucyjny w swym orzecznictwie wielokrotnie podnosił, iż ustawodawca ma prawo kreowania zadań i wydatków samorządu terytorialnego, pod warunkiem wszakże, że konstytucyjnie gwarantowane prawa samorządu, nie będą przedmiotem ingerencji ustawowej w sposób ograniczający lub znoszący ich istotę. Ingerencja taka winna być konieczna dla realizacji innych zasad i wartości konstytucyjnie chronionych, a przez to celowa i proporcjonalna” (wyrok TK z 21 grudnia 1998 r., sygn. U 20/97, OTK ZU nr 7/1998, poz. 119).

5.1.2. Powszechnie występujące zadłużenie szpitali i jego rozmiar, a także podejmowane przez ustawodawcę okresowo „akcje oddłużeniowe” stanowią nieodparty dowód na to, że środki przekazywane przez NFZ szpitalom są nieadekwatne do kosztu realizowanych przez nie świadczeń. Co więcej, uchwalane w sytuacjach kryzysowych ustawy ratujące szpitale przed likwidacją dowodzą, że władza państwowa jest świadoma niebezpieczeństwa związanego z zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych. Zdaniem TK w sytuacji, gdy rozdźwięk między określonym w przepisach powszechnie obowiązujących standardem tych świadczeń a środkami przeznaczonymi na ich realizację powiększa się do rozmiarów, które zagrażają realizacji jednego z podstawowych praw gwarantowanych przez Konstytucję (art. 68 ust. 2), nie sposób utrzymywać fikcji, że samorzady wykonują ciągle to samo zlecone za-

danie publiczne, a zatem – nie sposób przyjąć, że nie doszło do naruszenia art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

5.1.3. Dla składu orzekającego w niniejszej sprawie uzasadnione konstytucyjnie jest stanowisko, że w wypadku wzrostu wydatków j.s.t. wynikających z dodania lub rozbudowania dotychczasowych zadań pojawia się potrzeba dostosowania finansowania tych zadań do nowego poziomu, szczególnie w sytuacji, w której dotyczy to wzrostu ich liczby i jakości. Koszt wprowadzenia nowych obowiązków powinien być w pierwszej kolejności poddany ocenie przez prawodawcę w ramach tzw. oceny skutków finansowych regulacji. W przedstawionych wyżej przykładach aktów prawnych narzucających zakładom opieki zdrowotnej podwyższone standardy i nowe obowiązki, Trybunał nie znalazł dowodów wskazujących na to, że prawodawca policzył całość kosztów wynikających ze zmieniających się przepisów powodujących wzrost kosztu świadczonych usług zdrowotnych, które – z założenia – mają być finansowane przez NFZ. Powtarzający się brak takich ustaleń na etapie projektowania nowych przepisów oraz ignorowanie ich konsekwencji finansowych w wycenie świadczeń zdrowotnych, a także podejmowane później kolejne ustawowe akcje oddłużeniowe świadczą o braku mechanizmów systemowych, które umożliwiłyby podmiotom leczniczym prowadzenie rzetelnego rachunku ekonomicznego i ograniczyły powstawanie deficytu. Powszechność występowania „straty netto na działalności leczniczej” świadczy o tym, że takie mechanizmy nie istnieją. System generuje dodatkowe straty w postaci kosztów procesów z wierzycielami i kredytów zaciąganych na spłatę bieżących zobowiązań. Trybunał podkreśla, że – w ostatecznym rachunku – koszty te ponoszone są ze środków publicznych, co oznacza ich marnotrawienie i zmniejszenie zdolności finansowej wykonywania innych zadań publicznych.

W konsekwencji Trybunał uznał, że zobowiązanie jednostki samorządu terytorialnego, będącej organem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto, która jest ekonomicznym skutkiem stosowania przepisów powszechnie obowiązujących wywołujących obligatoryjne skutki finansowe w zakresie kosztu świadczeń opieki zdrowotnej – bez zapewnienia adekwatnego finansowania – jest niezgodne z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

5.2. Ocena w świetle art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji.

5.2.1. Trybunał stwierdził, że niezależnie od zarzutu niedostatecznego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wniosek inicjujący niniejsze postępowanie – ze względu na wskazanie art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji jako związkowych wzorców kontroli – narzuca szerszą perspektywę oceny kwestionowanych przepisów.

Obawa naruszenia art. 68 ust. 2 Konstytucji wiąże się przede wszystkim z wynikającym z art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. obowiązkiem likwidacji s.p.z.o.z. w razie niespłacenia jego długów. W świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji trudno zaakceptować regulację, która jako wystarczającą przesłankę likwidacji s.p.z.o.z. traktuje jego zadłużenie. Trybunał zwraca jednak uwagę, że w sytuacji zachowania zasady adekwatności środków, tzn. przekazywania przez NFZ sum odpowiadających rzeczywistym kosztom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez s.p.z.o.z., obciążenie organów tworzących skutkami zadłużenia i – w dalszej perspektywie – likwidacji zakładu byłoby ekonomicznie uzasadnione, choć nadal wątpliwe z punktu widzenia gwarancji zawartych w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Trybunał stwierdził niekonstytucyjność przyjętego mechanizmu finansowania publicznej służby zdrowia, który na etapie stanowienia przepisów pozwala pomijać wzrost kosztów opieki zdrowotnej i powoduje niedostosowanie środków przekazywanych przez NFZ do wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców na wykonywanie obowiązków ciążących na nich z mocy ustawy. Należy przy tym podkreślić, że TK nie oceniał praktyki wywiązywania się przez NFZ z kontraktów, lecz badał regulacje prawne będące podstawą tej praktyki. Przerzucenie ciężaru finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na organy tworzące prowadzi w sposób nieunikniony do po-

wstawania zadłużenia. Ponieważ wynikający z art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. nakaz likwidacji s.p.z.o.z. jest ściśle powiązany z niespłaceniem długów s.p.z.o.z., to niekonstytucyjność tego przepisu stanowi konsekwencję stwierdzenia wskazanej wadliwości systemu finansowania s.p.z.o.z.

5.2.2. Zasada poprawnej legislacji, wynikająca z art. 2 Konstytucji, została przez wnioskodawcę wskazana jako wzorzec kontroli konstytucyjnej w związku z zarzucaną niejasnością podziału zadań z zakresu ochrony zdrowia między władze państwowe i samorządowe. Choć – jak wykazał TK – finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ustawy w sposób jednoznaczny przypisują władzom centralnym (NFZ), wskazane wyżej pomijanie w procesie legislacyjnym szacowania skutków finansowych wprowadzanych regulacji może być ocenione jako naruszenie zasad poprawnej legislacji.

W ocenie Trybunału, z lekceważeniem przez prawodawcę kosztów wprowadzanych aktów wiąże się zdecydowanie poważniejsze naruszenie wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady demokratycznego państwa prawa, a mianowicie: zarzut stanowienia prawa pozornego, którego pełna realizacja – ze względu na brak środków finansowych na jego stosowanie – jest niemożliwa. Ustawodawca nie może stanowić przepisów nakładających na zakłady opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych nowe obowiązki (czy też rozszerzających zakres dotychczasowych) bez oszacowania skutków finansowych regulacji i – odpowiednio do tego – zapewnienia środków koniecznych do wdrożenia nowego prawa. Narastające lawinowo zadłużenie w służbie zdrowia dowodzi, że kolejne ustawy i rozporządzenia dotyczące działalności medycznej uchwalane są z pominięciem tego istotnego etapu procesu legislacyjnego. W konsekwencji, nowe regulacje – według założeń ustawodawcy mające na celu poprawę sytuacji pacjentów i personelu medycznego – są aktami stanowionymi bez pokrycia, a próby ich wdrożenia powodują popadanie przez organy tworzące s.p.z.o.z. w pułapkę zadłużenia. W odniesieniu do ochrony zdrowia oznacza to naruszenie nie tylko zasad prawidłowej legislacji, ale także art. 68 ust. 2 Konstytucji.

W podsumowaniu Trybunał jeszcze raz odwołuje się do uzasadnienia pełnoskładowego wyroku o sygn. K 14/03, w którym stwierdził niekonstytucyjność ustawy z 2003 r., poprzedzającej obecnie obowiązującą u.ś.o.z. Jak ocenił wówczas TK, kształtujące strukturę NFZ przepisy ustawy „nie tylko nie zapewniają realizacji konstytucyjnego obowiązku zapewnienia przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ale utrwalają nieakceptowalny konstytucyjnie stan swego rodzaju «równości» w braku dostępu do ww. świadczeń”. TK w obecnym składzie wyraża obawę, że taki jest właśnie skutek dalszego stosowania kwestionowanego art. 59 ust. 2 u.d.l., który przerzuca na j.s.t. stale rosnący koszt udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, bez zapewnienia środków na finansowanie tej działalności.

6. Ustalenia końcowe.

Uwzględniając społeczne skutki wyroku oraz skomplikowanie materii, która winna zostać zawarta w nowej regulacji, Trybunał postanowił odroczyć utratę mocy obowiązującej niekonstytucyjnego przepisu o maksymalny dopuszczalny okres, tj. o 18 miesięcy od dnia publikacji wyroku w Dzienniku Ustaw.

Mając powyższe na uwadze, Trybunał Konstytucyjny orzekł jak w sentencji.

Zdanie odrębne
sędziego TK Mariusza Muszyńskiego

do wyroku Trybunału Konstytucyjnego
z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17

Na podstawie art. 106 ust. 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072, ze zm.) zgłaszam zdanie odrębne do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. K 4/17.

1. Na wstępie chciałabym podkreślić, że zgadzam się z oceną, że istnieje systemowy i faktyczny problem dotyczący finansowania działalności leczniczej w Polsce. Co więcej, przyznaję, że został on – w pewnym zakresie – podniesiony przez wnioskodawcę. Jednak w mojej ocenie, rozwiązanie tych problemów nie należy do kompetencji Trybunału Konstytucyjnego. Mieszczą się bowiem one w zakresie działania władzy wykonawczej, odpowiedzialnej na podstawie art. 146 ust. 1 Konstytucji za prowadzenie polityki wewnętrznej Rzeczypospolitej Polskiej, oraz władzy ustawodawczej, która zgodnie z art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji (nota bene stanowiącym jeden ze wzorców kontroli zawarty we wniosku) ma określać warunki i zakres udzielania świadczeń. Nie należy więc rozstrzygać ich w procesie kontroli hierarchicznej prawa przed Trybunałem Konstytucyjnym.

Ponadto, wątpliwy jest też sam sposób zaskarżenia wskazanych we wniosku przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej), a sformułowany przez wnioskodawcę zakres zaskarżenia jest niejasny i nieprecyzyjny. Zaskarżonych przepisów nie da się wprost odnieść do wskazanych wzorców kontroli.

2. Krytykę wyroku Trybunału należy zacząć od wykazania wad samego wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego. Fundamentalną wadą tego dokumentu jest to, że nie odnosi się on do konkretnych problemów konstytucyjnych, które miałyby wynikać z zaskarżonej normy, ale stanowi ocenę (krytykę) polityki legislacyjnej i polityki państwa. Tym samym formułuje zarzuty, które nie mieszczą się w kognicji Trybunału Konstytucyjnego. Wnioskodawca stwierdza wręcz wprost, że: (cyt.) „*U podłoża narastającego zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej leży wadliwy system 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*”.

Także zawarta we wniosku argumentacja nie stanowi odniesienia treści zakwestionowanej normy do wskazanych wzorców kontroli, lecz polega na wskazaniu nieprawidłowości w zarządzaniu finansami publicznymi dotyczącymi finansowania działalności leczniczej.

Wnioskodawca argumentuje, i to wielokrotnie, że opisane w przepisach uprawnienia i możliwości podmiotu prowadzącego działalność leczniczą mają charakter pozorny. Zwraca też uwagę na uszczerbki finansowe, jakich doznają jednostki samorządu terytorialnego w przypadku konieczności ponoszenia strat finansowych. Poszukuje przy tym podmiotów odpowiedzialnych za finansowanie działalności leczniczej oraz ponoszenie ryzyka w związku z tą działalnością, a przedstawione w uzasadnieniu wniosku tezy nie wyjaśniają, w jaki sposób te kwestie łączą się z zagadnieniami konstytucyjnymi. Więcej, Sejmik Województwa Mazowieckiego próbuje we wniosku przedstawić własną propozycję rozwiązań, co do której nie jest w stanie udowodnić, że ma ona umocowanie w Konstytucji. Konfrontuje przy tym instytucje państwa i samorządu terytorialnego, podczas gdy zgodnie z art. 16 ust. 2 Konstytucji „*Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność*”. Z kolei w świetle art. 163 Konstytucji, „*Samorząd terytorialny*

wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych”. Z powyższego wynika, że samorząd jest częścią państwa realizującą zadania publiczne, a nie bytem autonomicznym oderwanym od państwa.

Z kolei fakt, że art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze stanowi, że „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”, nie wyklucza jednostek z samorządu terytorialnego z obowiązku, o którym mowa w tym przepisie. Pojęcie „władzy publicznej” obejmuje bowiem nie tylko władze państwowe, ale także władze samorządowe.

Należy pamiętać, że w wyroku z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. poz. 1) Trybunał Konstytucyjny wyraźnie wskazał, że: „Treść art. 68 ust. 2 Konstytucji nie przeczy wyrażonemu wcześniej pogładowi o względnej swobodzie ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Powierzchny byłby w szczególności wniosek, że powołany przepis zakłada konieczność funkcjonowania w ramach ogółu świadczeniodawców pionu tzw. publicznej służby zdrowia albo że – idąc dalej – jest to argument na rzecz całkowicie budżetowego modelu tegoż systemu”.

Z kolei podnoszone przez wnioskodawcę argumenty, dotyczące praktyki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, nie są wystarczające, by wykazać, że skarżona norma jest niezgodna z Konstytucją. Zresztą wskazane przez Sejmik Województwa Mazowieckiego problemy dotyczą przede wszystkim kwestii systemowych oraz określonych działań faktycznych i aktów stosowania prawa, a nie norm prawnych zaskarżonych we wniosku o sygn. K 4/17. Mają też związek z wadliwościami związanymi z systemem zarządzania placówkami medycznymi.

Wobec powyższych zarzutów, marginalne znaczenie ma okoliczność, że zarówno zakres zaskarżenia, jak i uzasadnienie wniosku są nieprecyzyjne i nie pozwalają na odpowiednią rekonstrukcję skarżonej normy, która wynikałaby ze wskazanych przez wnioskodawcę przepisów zawartych w *petitum*.

3. Na podstawie tak sformułowanego wniosku, Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok o niezgodności z Konstytucją. Tymczasem tego rodzaju wniosek nie mógł stanowić podstawy wyroku. Wobec niewłaściwie określonych problemów konstytucyjnych, Trybunał Konstytucyjny nie był uprawniony do tego, by dokonywać takiej rekonstrukcji zakresu zaskarżenia, która spowodowałaby zmianę treści zakwestionowanej normy prawnej jedynie po to, aby zrealizować słuszny społecznie cel, jakim niewątpliwie jest idea uporządkowania systemowych nieprawidłowości finansowania działalności leczniczej. Należy przy tym podkreślić, że Trybunał nie ma prawa wskazywania, jak dany model finansowania mógłby wyglądać. Kwestia ta pozostaje w gestii innych organów władzy publicznej.

Trybunał jednak podjął się wydania merytorycznego orzeczenia i przyjął, że zasadniczym problemem konstytucyjnym w rozpoznawanej sprawie było ustalenie, na kim – na Państwie czy na jednostkach samorządu terytorialnego – ciąży obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przepisami powszechnie obowiązującymi. Dokonał tego, mimo że zakwestionowana przez wnioskodawcę norma nie dotyczyła wprost tego zagadnienia, a tak sformułowany problem nie należy do materii podlegającej kognicji TK, lecz jest zagadnieniem z zakresu polityki społecznej państwa.

Tym arbitralnym działaniem Trybunał naruszył konstytucyjną zasadę podziału i równowagi władzy. Co więcej, uczynił to całkowicie bez potrzeby. Orzekając o niekonstytucyjności art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 66 ustawy o działalności leczniczej oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek

wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, Trybunał nie rozwiązał żadnego problemu konstytucyjnego. Podjął jedynie decyzję za ustawodawcę, by zwolnić jednostkę samorządu terytorialnego z określonej odpowiedzialności za działania samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej w związku z poniesionymi stratami netto. A to nie jest rolą Trybunału.

Należy pamiętać, że tak idealizowany w orzeczeniu problem nieadekwatności środków do zadań wcale nie wynika z ocenionej normy prawnej, ale może wynikać z tych przepisów prawnych, które nakazywałyby jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej. Te zaś nie znalazły się w sentencji orzeczenia Trybunału.

Transfer środków finansowych na realizację zadań publicznych przez jednostki samorządu terytorialnego musi wiązać się z konkretnymi zadaniami. Za takie zadanie nie można uznać pokrywania strat netto. Powstanie tych strat jest konsekwencją różnych zdarzeń, działań różnych podmiotów, a także efektem różnych rozstrzygnięć administracyjnych, czy ekonomicznych. To przepisy dotyczące tych kwestii powinny być ewentualnie rozważone jako adekwatny przedmiot zaskarżenia do wskazanych wzorców kontroli i podnoszonych problemów konstytucyjnych. Trybunał Konstytucyjny związany zakresem zaskarżenia nie mógł ich samodzielnie przywołać w niniejszej sprawie, jeśli nie były wskazane przez wnioskodawcę.

4. Podsumowując stwierdzam, że wydając wyrok w sprawie o sygn. K 4/17 Trybunał wyszedł poza swoje kompetencje. Wobec niewłaściwie sformułowanego wniosku, który dotyczył w istocie oceny niekorzystnej z punktu widzenia finansowego regulacji prawnej, a nie zagadnienia konstytucyjnego, Trybunał powinien był umorzyć postępowanie. Decyzja o tym, kto jest odpowiedzialny za ponoszenie strat netto przy prowadzeniu działalności leczniczej należy bowiem do władzy wykonawczej i ustawodawcy, a nie do Trybunału Konstytucyjnego. Wobec brzmienia art. 68 ust. 2 Konstytucji, nie można uznać, że odpowiedzialność za równy dostęp obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych należy jedynie do organów władzy publicznej, a wyłączony z tej odpowiedzialności jest samorząd terytorialny. Nie bez przyczyny ustawodawca:

1) w art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.) do zadań własnych gminy zaliczył sprawy ochrony zdrowia;

2) w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 511, ze zm.) do zadań publicznych o charakterze ponadgminnym zaliczył zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia;

3) w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 512, ze zm.) stwierdził, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Tymczasem Trybunał wszedł w rolę, która nie jest mu przypisana w Konstytucji. Badając normę nieadekwatną do podnoszonych problemów konstytucyjnych dokonał diagnozy działalności leczniczej w kontekście jej finansowania i stwierdził systemową niesprawność mechanizmów finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rozstrzygnięcie wydał jednak oceniając nie przepisy o mechanizmie finansowania tych podmiotów, ale te odnoszące się do pokrywania strat netto w określonym zakresie w tych zakładach.

Co więcej, odnoszę wrażenie, że Trybunał świadomie przekroczył swoje kompetencje, bo po prostu chciał ten problem rozstrzygnąć i to właśnie w ten, a nie inny sposób. Nie są mi znane powody takiego działania. Jednak niezależnie od tej chęci i motywów działania Trybunału, jego wyrok nie będzie miał praktycznie żadnego realnego wpływu na istotę problemu

pokrywania strat netto wynikających z wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących i na przyszłe, nowe rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę. Ten ostatni, tworząc nowy mechanizm, łatwo będzie mógł dokonać rekonstrukcji rozwiązania omijając bariery konstytucyjne zbudowane w sentencji ze względu na ich generalny (art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2) lub ograniczony zakres (art. 2). Trybunał wydał więc dziś wyrok tylko pozornie rozwiązujący podniesione we wniosku problemy. Takie działanie, nawet uzasadnione słusznymi celami, nie służy powadze organu państwa.