



ORZECZNICTWO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO ZBIÓR URZĘDOWY

Seria A

Warszawa, dnia 4 grudnia 2019 r.

Pozycja 63

POSTANOWIENIE

z dnia 20 listopada 2019 r.

Sygn. akt K 2/18

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Andrzej Zielonacki – przewodniczący
Zbigniew Jędrzejewski
Mariusz Muszyński
Piotr Pszczółkowski – sprawozdawca
Małgorzata Pyziak-Szafnicka,

po rozpoznaniu, na posiedzeniu niejawnym w dniu 20 listopada 2019 r., wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego o zbadanie zgodności:

art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.) w związku z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.) w zakresie, w jakim wymuszają na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania, z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,

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.

Orzeczenie zapadło jednogłośnie.

UZASADNIENIE

I

1. W związku z uchwałą nr 28/17 z 28 lutego 2017 r. Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: wnioskodawca) zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.; obecnie: Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.; dalej: u.ś.o.z.) w związku z art. 59 ustawy z dnia

15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.; obecnie: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: u.d.l.) w zakresie, w jakim wymuszają na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania, z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Zdaniem wnioskodawcy, znaczenie regulacji ujętej w art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. – w powiązaniu z art. 59 u.d.l. – polega na tym, że skutkami finansowymi nieprawidłowego zarządzania systemem udzielania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej przez NFZ ustawodawca obciążył w istocie jednostki samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.). Tylko pozornie pozostawił im swobodę podjęcia decyzji o finansowaniu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi, ponad kwoty zobowiązań NFZ wobec takich świadczeniodawców. W rzeczywistości, jeżeli j.s.t. nie podejmą decyzji o finansowaniu świadczeń, zmuszone będą pokryć stratę netto, jaką poniosą świadczeniodawcy, wynikającą przede wszystkim z braku zapłaty przez NFZ za świadczenia wykonane ponad limit, a także konieczności ponoszenia kosztów realizacji świadczeń gwarantowanych niemających pokrycia w przychodach. Tym samym dochodzi do przerzucenia na j.s.t. obowiązków dotyczących polityki zdrowotnej państwa w zakresie należącym do władz centralnych.

W ocenie wnioskodawcy, niezgodność zakwestionowanej regulacji z art. 16 ust. 2 i art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji polega na tym, że – pod pozorem przekazania j.s.t. fakultatywnego zadania własnego – przerzuca się na nie obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji przez władze centralne udzielania świadczeń gwarantowanych. Z kolei niezgodność z art. 167 ust. 4 Konstytucji ma wynikać z tego, że przekazaniu j.s.t. do realizacji tego zadania nie towarzyszy wyposażenie ich w adekwatne środki finansowe.

Wnioskodawca wyjaśnił, że w świetle obowiązujących przepisów szczególną rolę w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej odgrywa NFZ, będący państwową osobą prawną. To NFZ – jako dysponent środków publicznych przeznaczonych na ten cel – ma realny wpływ na kształt i funkcjonowanie systemu finansowania świadczeń, a w szczególności odpowiada za ich ciągłość i powszechną dostępność. W praktyce system działa jednak wadliwie. Narasta zadłużenie podmiotów leczniczych. NFZ systematycznie nie doszacowuje kontraktów lub je zaniża, a także tworzy przeszkody uniemożliwiające refundację tzw. nadwykonań. Niedoszacowanie kosztów świadczeń i brak zapłaty za nadwykonania powodują, że ciężar finansowy udzielanych świadczeń jest przerzucany na podmioty lecznicze, a w efekcie – w związku z art. 59 u.d.l. – na podmioty tworzące, w tym przede wszystkim j.s.t. Świadczeniodawca może domagać się zapłaty wynagrodzenia za nadwykonania tylko wtedy, gdy dotyczyły przyjęć w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta. System rozliczania kontraktów, przyjęty przez NFZ, zakłada ponadto, że świadczenia ratujące życie są rozliczane przed świadczeniami planowymi, wobec czego świadczenia udzielone pacjentom z tzw. kolejki są rozliczane tylko w ramach limitu przewidzianego w umowie zawartej z NFZ, o ile pozostaną jakieś wolne środki – do wysokości tych środków. W konsekwencji podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane planowo, w ramach obowiązującego limitu. Nadwykonaniami stają się głównie świadczenia planowe.

W obowiązującym stanie prawnym – po wejściu w życie art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. – samorząd może zapłacić za gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązań określoną w umowie (tzw. nadlimity) zawartej między świadczeniodawcą i NFZ. W praktyce jednak wybór, jaki ustawodawca pozostawia j.s.t., jest pozorny, albowiem niepodjęcie decyzji o finansowaniu świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy, dla którego j.s.t. jest podmiotem tworzącym, przełoży się na jego stratę, którą j.s.t.

i tak będzie musiała pokryć w związku z treścią art. 59 u.d.l. Ewentualnie j.s.t. może podjąć decyzję o likwidacji zakładu, lecz będzie się to wiązało z przejściem jego zobowiązań i należności – stosownie do art. 61 u.d.l.

Wnioskodawca stwierdził, że art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. w związku z art. 59 u.d.l. kreują kategorię gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w istocie obligatoryjnie (a nie fakultatywnie) przez j.s.t., które albo przejmują koszty realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ponad limity określone w umowach zawartych z NFZ przez świadczeniodawców, dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi, albo pokrywają straty netto takich podmiotów, albo przejmują ich zobowiązania i należności po ich likwidacji.

Wnioskodawca zwrócił również uwagę na możliwość wystąpienia nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych z uwagi na różnice w dochodach j.s.t. Ponadto istnieje ryzyko, że NFZ będzie też różnicował wysokość kontraktów, przerzucając na j.s.t. ciężar finansowania świadczeń zdrowotnych.

Zdaniem wnioskodawcy, ukształtowany przez ustawodawcę system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie może znosić odpowiedzialności państwa za realizację tego zadania ani przerzucać na samorząd ciężaru ponoszenia finansowych następstw nieprawidłowej organizacji systemu ochrony zdrowia. Organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej są zadaniem władz centralnych, które reprezentuje NFZ. Tymczasem regulacja, którą wnioskodawca kwestionuje, prowadzi w rzeczywistości do przekazania samorządom do realizacji nowego zadania publicznego polegającego na finansowaniu tzw. nadlimitów świadczeń gwarantowanych – mimo że nie zostało ono przez ustawodawcę w taki sposób nazwane ani nie ma charakteru zadania własnego. Jednocześnie j.s.t. nie mają zapewnionej podczas jego wykonywania konstytucyjnie wymaganej samodzielności, gdyż organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych, zasady ustalania ich wartości, a także zasady rozliczeń stanowią przedmiot unormowania w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa NFZ. Teoretycznie j.s.t. ma, podczas negocjowania umowy ze świadczeniobiorcą, wpływ na określenie liczby świadczeń, które chce sfinansować, czasu trwania umowy, a także trybu kontroli jej realizacji. Jednakże do chwili zatwierdzenia przez NFZ rozliczenia świadczeń ze świadczeniodawcą (co następuje z opóźnieniem), j.s.t. nie wie, jaki będzie rzeczywisty zakres jej partycypacji w finansowaniu świadczeń gwarantowanych i jakie są jej wydatki z tego powodu. Samorządy nie mają realnej możliwości samodzielnego decydowania o sposobie realizacji zadania powierzonego na mocy zakwestionowanej regulacji. Narusza to zasadę wykonywania zadań przez samorząd w sposób samodzielny.

Wnioskodawca zwrócił również uwagę na to, że zlecenie zadań j.s.t. wynikać musi z uzasadnionych potrzeb państwa. Takim uzasadnieniem nie może być niemożność zapewnienia wystarczającego finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków NFZ. Ustawodawca, zlecając zadania j.s.t., powinien też uwzględnić realne możliwości – w tym finansowe – wykonania przez j.s.t. takich zadań oraz zabezpieczyć na ten cel stosowne środki z budżetu państwa. Z kolei przekazaniu jakiegoś zadania na stałe jako zadania własnego musiałoby towarzyszyć przyznanie j.s.t. adekwatnych źródeł ich finansowania oraz samodzielności decyzyjnej co do zakresu i sposobu realizacji zadania.

W ocenie wnioskodawcy, zakwestionowana regulacja, powodująca przerzucenie na j.s.t. ciężaru odpowiedzialności finansowej i politycznej za niesfinansowane przez NFZ świadczenia gwarantowane lub za niedobory finansowe podmiotów leczniczych, nie zapewnia konstytucyjnie wymaganych gwarancji dotyczących powierzania samorządowi nowych zadań. W szczególności ustawodawca nie dopełnił obowiązku wyrównania uszczerbku w dochodach j.s.t. wynikającego z realizacji zadania należącego właściwie do władz centralnych, jakim jest należyte finansowanie gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Nie przewidział żadnej formy dodatkowego dotowania j.s.t. z budżetu państwa. Na mocy zakwestionowanej regulacji samorządy są zobligowane do ponoszenia kosztów wykonania

świadczeń gwarantowanych niesfinansowanych przez NFZ albo do pokrycia strat netto podmiotów leczniczych lub przejęcia zobowiązań i należności tych podmiotów po ich likwidacji. Niezapewnienie j.s.t. odpowiednich środków finansowych może przy tym prowadzić do ich finansowej zapaści.

2. W piśmie z 14 marca 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich poinformował Trybunał Konstytucyjny, że nie zgłasza udziału w niniejszym postępowaniu.

3. W piśmie z 5 lipca 2018 r. Marszałek Sejmu, działając w imieniu Sejmu, przedstawił stanowisko w sprawie oraz wniósł o orzeczenie przez Trybunał, że:

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

2) art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.o.z. jest zgodny z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

Ponadto Marszałek Sejmu wniósł o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.

3.1. Przed przystąpieniem do merytorycznej analizy zarzutów sformułowanych przez wnioskodawcę, Marszałek Sejmu zwrócił uwagę na konieczność doprecyzowania przedmiotu kontroli. Art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. zostały zaskarżone w całości. Tymczasem ich treść normatywna jest rozbudowana. Zarzuty wnioskodawcy należałoby powiązać z treścią art. 9a i – związkowo – art. 9b ust. 6 u.ś.o.z. Jeśli chodzi zaś o art. 59 u.d.l., to jest on – w ocenie Marszałka Sejmu – jedynie tłem argumentacji dotyczącej przekazania j.s.t. zadania polegającego na finansowaniu świadczeń zdrowotnych ponad limit określony kontraktem podmiotu leczniczego z NFZ. Wnioskodawca nie uzasadnił należyście niekonstytucyjności tego przepisu.

3.2. Zdaniem Marszałka Sejmu, wniosek Sejmiku Województwa Mazowieckiego sprowadza się do trzech zasadniczych problemów: po pierwsze, braku samodzielności j.s.t. podczas wykonywania powierzonego zadania; po drugie, braku lokalnego charakteru tego zadania, a także, po trzecie, nieprzyznania j.s.t. odpowiednich środków na sfinansowanie nowego zadania.

Marszałek Sejmu zwrócił uwagę, że ochrona zdrowia jest zadaniem o charakterze publicznym, w którego wykonywaniu samorząd terytorialny uczestniczy na płaszczyźnie właścicielskiej, nadzorczej, organizacyjnej i finansowej. Przede wszystkim j.s.t. mogą być organami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Z mocy ustawy realizują też zadania polegające na promocji i ochronie zdrowia. Marszałek Sejmu przypomniał, że zakwestionowana regulacja miała na celu zmienić stan prawny, który uniemożliwiało udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ponad limit określony w kontrakcie z NFZ. Skutkiem wejścia w życie art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. powinna być więc poprawa poziomu opieki zdrowotnej, w szczególności na terenie małych j.s.t. Na mocy tych przepisów j.s.t. może bowiem zakupić świadczenia w celu ochrony zdrowia swoich mieszkańców. Art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. – jako że upoważniają do finansowania świadczeń tylko dla mieszkańców określonej wspólnoty samorządowej – są przy tym ukierunkowane właśnie na rozwiązywanie problemów lokalnych. Marszałek Sejmu zauważył ponadto, że w stanie prawnym obowiązującym przed 1 stycznia 2015 r. j.s.t. także mogły uczestniczyć w finansowaniu świadczeń – z tą różnicą, że odbywało się to w ramach tzw. programów zdrowotnych. Można zatem mówić o zachowaniu trwałego kierunku polityki w ochronie zdrowia, zakładającego współudział j.s.t. w finansowaniu świadczeń, przy zmienionym instrumentarium przyznanym j.s.t. w tym zakresie. Zakwestionowane przepisy są

zatem – jak to ujął Marszałek Sejmu – jedynie „refleksem” zadania własnego j.s.t. polegającego na ochronie zdrowia ich mieszkańców. Nie przewidują odrębnego, nowego zadania własnego j.s.t., lecz ustanawiają jedną z możliwych procedur, z których j.s.t. mogą skorzystać w celu realizacji zadania własnego w zakresie ochrony zdrowia.

Zdaniem Marszałka Sejmu, art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.o.z. zachowują samodzielność j.s.t., albowiem pozostawiają w ich gestii decyzję o skorzystaniu – lub nieskorzystaniu – z możliwości przewidzianej w tych przepisach. Ponadto j.s.t. samodzielnie decydują o tym, czy realizacja zadania polegającego na promocji i ochronie zdrowia nastąpi dzięki zakupowi świadczeń gwarantowanych, co umożliwi zakwestionowana regulacja, czy też w drodze programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 u.ś.o.z., przy czym NFZ może – w granicach określonych przepisami – dofinansowywać programy polityki zdrowotnej j.s.t. w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń gwarantowanych. Marszałek Sejmu zwrócił również uwagę na to, że art. 9b u.ś.o.z. nie zobowiązuje j.s.t. do finansowania wyłącznie nadlimitów wykonań świadczeń gwarantowanych podmiotu leczniczego, wobec którego ma ona uprawnienia właścicielskie. Świadczenia wykonywane na podstawie umowy zawartej przez j.s.t. ze świadczeniodawcą powinny mieć charakter uzupełniający wobec kontraktu z NFZ i dotyczyć tylko usług nieobjętych tym kontraktem. Jednakże j.s.t. może zawrzeć taką umowę ze świadczeniodawcą, wobec którego nie jest podmiotem tworzącym, a także ze świadczeniodawcą, który nie ma kontraktu z NFZ. Zakwestionowane przepisy nie ograniczają – zdaniem Marszałka Sejmu – j.s.t. w zakresie dysponowania własnymi środkami finansowymi. To ich organy samodzielnie decydują, czy sfinansują świadczenia gwarantowane i w jakim wymiarze.

Jeżeli chodzi o kwestię finansowania tzw. nadlimitów, Marszałek Sejmu stwierdził, że obowiązek zapłaty za nie ciąży na NFZ. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z NFZ, przysługuje roszczenie – dochodzone na drodze sądowej – o zwrot uzasadnionych kosztów ponadlimitowych świadczeń wykonanych w stanie nagłym. Art. 9a w związku z art. 9b ust. 6 u.ś.o.z. nie nakłada zatem na j.s.t. nowego zadania własnego polegającego na finansowaniu nadlimitów, wobec czego art. 167 ust. 4 Konstytucji nie jest adekwatnym wzorcem kontroli konstytucyjności zakwestionowanej regulacji.

4. W piśmie z 13 lipca 2018 r. Prokurator Generalny zajął stanowisko w sprawie oraz wniósł o orzeczenie przez Trybunał Konstytucyjny, że art. 9a u.ś.o.z. w związku z art. 59 ust. 2 u.d.l. w zakresie, w jakim umożliwia j.s.t. finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej przy równoczesnym ponoszeniu przez nie odpowiedzialności finansowej za zobowiązania i należności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jest zgodny z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 2 i z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Ponadto Prokurator Generalny wniósł o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku.

4.1. Zdaniem Prokuratora Generalnego, podniesione przez wnioskodawcę zarzuty niekonstytucyjności odnoszą się do wynikającej z art. 9a u.ś.o.z. możliwości finansowania przez j.s.t. gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie dotyczą natomiast kwestii uregulowanych w art. 9b u.ś.o.z., takich jak zakres umowy zawieranej między j.s.t. a świadczeniodawcą, konkurs ofert, obowiązki informacyjne świadczeniodawcy itd. Z kolei jeśli chodzi o art. 59 u.d.l., zakwestionowany związkowo, zarzuty odnoszą się właściwie tylko do wynikającego z ustępu 2 tego przepisu obowiązku pokrycia przez j.s.t. straty netto zakładu opieki zdrowotnej, wobec którego jest ona podmiotem tworzącym, albo podjęcia decyzji o jego likwidacji. Nie została przedstawiona żadna argumentacja wskazująca na niekonstytucyjność unormowań ujętych w art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l.

4.2. Prokurator Generalny, odnosząc się merytorycznie do sformułowanych we wniosku zarzutów, stwierdził, że ustawodawca nałożył na j.s.t. szereg zadań związanych z ochroną zdrowia, przy czym proces zwiększania udziału samorządu terytorialnego w realizacji zadań publicznych w tym obszarze postępował równolegle do procesu transformacji ustrojowej oraz był związany z odstąpieniem od scentralizowanego systemu organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych na rzecz modelu opartego na ich finansowaniu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, przy jednoczesnym wzroście autonomii sektora usług ochrony zdrowia na szczeblu terytorialnym i placówek ochrony zdrowia w sektorze publicznym. Ustawodawca powierzył j.s.t. zadania publiczne w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Zdaniem Prokuratora Generalnego, przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. możliwość finansowania przez j.s.t. świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty samorządowej jest właśnie jedną z form działania prowadzącego do realizacji zadania własnego w zakresie ochrony zdrowia i ma związek z zaspokajaniem potrzeb mieszkańców.

Prokurator Generalny nie podzielił poglądu wnioskodawcy, że przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. możliwość kontraktowania przez j.s.t. dodatkowych świadczeń – powiązana z wynikającą z art. 59 ust. 2 u.d.l. koniecznością pokrycia straty netto zakładu opieki zdrowotnej, dla której j.s.t. jest podmiotem tworzącym – miała w rzeczywistości oznaczać obowiązek samorządów finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części, w jakiej nie zostały sfinansowane przez NFZ. W świetle obowiązujących przepisów podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są tylko właściwi ministrowie i NFZ. Aby realizować świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej, podmioty lecznicze muszą zawrzeć kontrakt z NFZ. Koszty realizacji świadczeń gwarantowanych pokrywane są przez NFZ zgodnie z zawartymi umowami. Natomiast świadczenia wykraczające ponad rodzaj bądź limit wskazany w kontrakcie nie są świadczeniami należnymi systemowo, wobec czego podmioty lecznicze – z wyjątkiem wypadków określonych w art. 19 u.ś.o.z. – nie mają obowiązku ich wykonywania.

Prokurator Generalny zwrócił równocześnie uwagę na to, że j.s.t. – jako podmioty tworzące – sprawują wobec zakładów opieki zdrowotnej funkcje kontroli i nadzoru. Mają zatem wpływ na działania podejmowane przez podmiot leczniczy. Obowiązek pokrywania przez j.s.t. strat netto podległego jej zakładu opieki zdrowotnej albo przejęcia zobowiązań finansowych po jego likwidacji może być tylko prawnym następstwem sposobu realizacji tych funkcji. Innymi słowy, obowiązek pokrycia takiej straty mieści się w zakresie zadania własnego j.s.t., polegającego na zapewnieniu ochrony zdrowia mieszkańcom wspólnoty samorządowej, i związanych z nim uprawnień podmiotów tworzących.

Zdaniem Prokuratora Generalnego, zakwestionowana regulacja nie narusza zasady samodzielności j.s.t., ponieważ to w ich wyłącznej gestii pozostaje decyzja co do zawarcia – lub niezawarcia – umowy z podmiotem leczniczym, w której zostaną określone rodzaj, zakres i liczba świadczeń gwarantowanych udzielanych mieszkańcom wspólnoty, a także kwota zobowiązania i zasady rozliczeń. Podejmując taką decyzję, j.s.t. biorą pod uwagę przesłanki określone w art. 9a u.ś.o.z. Powinny uwzględnić też stan dochodów własnych. Natomiast poprzez nadanie statutu tworzonemu przez nie zakładom opieki zdrowotnej, przeprowadzenie konkursu na stanowiska kierowników oraz sprawowanie kontroli i nadzoru, j.s.t. zachowują wpływ na funkcjonowanie tych zakładów i mogą podejmować działania mające na celu niedopuszczenie do powstawania strat netto. Sama możliwość dodatkowego sfinansowania świadczeń gwarantowanych, przewidziana w art. 9a u.ś.o.z., nie ma jednak bezpośredniego związku z odpowiedzialnością za wynik finansowy zakładu. Stanowi refleks zadań własnych j.s.t. w zakresie ochrony zdrowia. Nie jest to przy tym nowym zadaniem j.s.t., lecz stanowi tylko jedną z form realizacji zadania polegającego na ochronie i promocji zdrowia.

II

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Treść i zakres wniosku.

1.1. Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: wnioskodawca) zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.; obecnie: Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.; dalej: u.ś.o.z.) w związku z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.; obecnie: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: u.d.l.) w zakresie, w jakim wymuszają na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania, z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

1.2. Zgodnie z art. 9a u.ś.o.z., w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego (dalej też: j.s.t.), uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Treść art. 9b u.ś.o.z. jest rozbudowana. Przepis ten brzmi:

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

2. Do konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48b ust. 2-4 i 6 [u.ś.o.z.].

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

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

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

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

- 1) rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń gwarantowanych, warunki oraz organizację udzielania tych świadczeń;
- 2) okres jej obowiązywania;
- 3) kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia;
- 4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

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

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

Jak wynika z *petitum* wniosku, a także jego uzasadnienia, niekonstytucyjność art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. ma wiązać się – zdaniem wnioskodawcy – z koniecznością pokrywania strat netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej: s.p.z.o.z.) przez j.s.t., które są dla nich podmiotami tworzącymi. Wnioskodawca wskazał art. 59 u.d.l. jako tzw. związkowy przedmiot kontroli. Również ten przepis ma rozbudowaną treść. Stanowi bowiem, że:

„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”.

W uzasadnieniu wniosku wnioskodawca przywołał ponadto art. 61 u.d.l., który w zdaniu pierwszym przewiduje, że zobowiązania i należności s.p.z.o.z. po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami j.s.t. będącej podmiotem tworzącym.

1.3. Zdaniem wnioskodawcy, zakwestionowana regulacja jest niezgodna ze wskazanymi wzorcami kontroli (dotyczącymi m.in. samodzielności j.s.t. i adekwatności środków przyznanych im na realizację zadań publicznych), ponieważ pod pozorem fakultatywnego charakteru kompetencji przewidzianej w art. 9a u.ś.o.z. ustawodawca w rzeczywistości nałożył na samorząd nowe zadanie publiczne polegające na sfinansowaniu gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej niesfinansowanych przez NFZ, na którego realizację nie przyznał jednak adekwatnych środków finansowych z budżetu centralnego. W ocenie wnioskodawcy, z uwagi na konieczność pokrywania przez j.s.t. strat netto s.p.z.o.z., dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi, albo alternatywnie podjęcia decyzji o likwidacji s.p.z.o.z. i w efekcie przejęcia ich zobowiązań i należności (o czym mowa w art. 59 ust. 2 i art. 61 u.d.l.), podjęcie przez j.s.t. decyzji o samodzielnym sfinansowaniu świadczeń gwarantowanych staje się – w realiach funkcjonowania systemu finansowania opieki zdrowotnej – w praktyce obligatoryjne. Zdaniem wnioskodawcy, istota zakwestionowanej regulacji polega na tym, że „skutkami finansowymi nieprawidłowego zarządzania systemem udzielania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia

ustawodawca obciążył jednostki samorządu terytorialnego. Pozornie ustawodawca pozostawił jednostkom samorządu terytorialnego swobodę podjęcia decyzji (...). Jednak brak takiej dyspozycji ze strony samorządu oznaczać będzie konieczność pokrycia straty netto wywołanej w znacznej mierze brakiem zapłaty ze strony NFZ za świadczenia wykonane ponad limit, a także koniecznością ponoszenia kosztów realizacji świadczeń gwarantowanych niemających pokrycia w przychodach” (uzasadnienie wniosku z 9 marca 2017 r., s. 4 i 5). Tymczasem „[u] podłoża narastającego zadłużenia podmiotów leczniczych 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 prawnego obowiązku udzielenia pomocy wszystkim osobom, których życie i zdrowie jest zagrożone” (tamże, s. 7). „Przepisy art. 9a i art. 9b [u.ś.o.z.] w związku z art. 59 [u.d.l.] tworzą kategorię gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych, nie fakultatywnie, ale obligatoryjnie, przez jednostki samorządu terytorialnego, albo poprzez przejęcie kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit określonych w umowie pomiędzy zakładem a Funduszem, albo poprzez pokrycie straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, albo wreszcie poprzez przejęcie zobowiązań finansowych zlikwidowanego podmiotu leczniczego” (tamże, s. 9). Ustawodawca, nakładając na j.s.t. zadanie publiczne opisane w art. 9a u.ś.o.z., nie dopełnił jednak ciążącego na nim obowiązku wyrównania uszczerbku w dochodach samorządów powstałego w związku z realizacją części zadania należącego do władz centralnych, jakim jest należyte finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (zob. tamże, s. 17). Naruszył przez to – zdaniem wnioskodawcy – zasadę zapewnienia j.s.t. udziału w dochodach publicznych w stopniu odpowiadającym zakresowi przypadających im zadań.

2. Legitymacja wnioskodawcy.

Wniosek rozpoznawany w niniejszym postępowaniu złożony został przez Sejmik Województwa Mazowieckiego, a więc przez organ stanowiący j.s.t. Zgodnie z art. 191 ust. 2 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji, organy stanowiące j.s.t. mogą wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem w sprawie kontroli hierarchicznej zgodności norm, jeżeli zakwestionowany we wniosku akt normatywny dotyczy spraw objętych ich zakresem działania.

W wyroku z 13 lipca 2011 r., sygn. K 10/09 (OTK ZU nr 6/A/2011, poz. 56), Trybunał wyjaśnił, że do spraw objętych zakresem działania podmiotów, o których mowa w art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji, należą nie tylko te, które dotyczą kompetencji do podejmowania określonych działań przez organy stanowiące j.s.t., ale także te, które dotyczą zadań realizowanych przez j.s.t. W związku z tym legitymacja wnioskowa organów stanowiących j.s.t. obejmuje również przepisy kształtujące sytuację finansową j.s.t. i warunkujące sposób wykonywania przez nie zadań publicznych. W szczególności, „interes ekonomiczny (faktyczny) gminy (...) stanowi adekwatną przesłankę wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego” (wyrok o sygn. K 10/09).

W niniejszej sprawie wnioskodawca zakwestionował art. 9a i art. 9b u.ś.o.z., które dotyczą kompetencji j.s.t. do zawierania z podmiotami leczniczymi umów o finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wnioskodawca zarzucił tej regulacji, że – z uwagi na finansowe konsekwencje, jakie dotyczą j.s.t. w następstwie wystąpienia strat netto po stronie świadczeniodawców, wobec których j.s.t. jest podmiotem tworzącym (określone w art. 59 u.d.l.) – nakłada ona w rzeczywistości obowiązek zawierania takich umów, choć nie przewiduje dla samorządów żadnej rekompensaty z budżetu centralnego.

Zdaniem Trybunału, sprawy uregulowane w zakwestionowanych przepisach są bez wątplenia sprawami objętymi zakresem działania Województwa Mazowieckiego w znaczeniu

art. 191 ust. 2 Konstytucji, wobec czego Sejmik Województwa Mazowieckiego miał legitymację do ich zaskarżenia przed Trybunałem Konstytucyjnym.

3. Kwestia dopuszczalności wydania wyroku w niniejszej sprawie.

3.1. Przed przystąpieniem do oceny konstytucyjności regulacji zakwestionowanej przez wnioskodawcę, Trybunał musiał jednak zbadać, czy wniosek Sejmiku Województwa Mazowieckiego mógł zostać poddany merytorycznemu rozpoznaniu.

Jak bowiem wynika z orzecznictwa, na każdym etapie postępowania Trybunał ma obowiązek ustalić, czy nie zachodzi któraś z ujemnych przesłanek procesowych, rodzących konieczność umorzenia postępowania bez wydania wyroku. Obowiązek ten dotyczy też wniosków, które podlegają wstępnemu rozpoznaniu stosownie do art. 61 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). Nadanie na etapie wstępnego rozpoznania dalszego biegu wnioskowi jednego z podmiotów, o których mowa w art. 191 ust. 1 pkt 3-5 Konstytucji, nie przesądza w efekcie o merytorycznym rozpoznaniu takiego wniosku (zob. m.in. postanowienie z 11 października 2017 r., sygn. K 14/16, OTK ZU A/2017, poz. 69).

3.2. Trybunał, biorąc pod uwagę treść wniosku rozpoznawanego w niniejszym postępowaniu, stwierdził, że podniesione przez wnioskodawcę zarzuty nie odnosiły się w rzeczywistości do wszystkich przepisów oznaczonych przez niego jako przedmiot kontroli.

Zdaniem Trybunału, argumentacja wnioskodawcy skoncentrowała się na art. 9a u.ś.o.z., który pozostawiać ma j.s.t. wyłącznie pozorną swobodę decydowania w sprawie sfinansowania dodatkowych świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, albowiem w praktyce – wobec ciężącej na j.s.t. konieczności pokrycia strat netto s.p.z.o.z., dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi, albo przejęcia zobowiązań i należności likwidowanych zakładów – z przepisu tego wynikać ma obowiązek zakupu świadczeń niesfinansowanych przez NFZ. Wnioskodawca nie zakwestionował przy tym art. 9a u.ś.o.z. w całości, lecz uważa go za niekonstytucyjny w zakresie, w jakim – pod pozorem fakultatywności realizacji zadania – wymusza na j.s.t. obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez NFZ.

Trybunał stwierdził natomiast, że we wniosku nie zostały sformułowane żadne argumenty, które miałyby uzasadniać niekonstytucyjność art. 9b u.ś.o.z. Wnioskodawca nie wskazał, w jakim zakresie i z jakiego powodu konstytucyjnie wadliwe miałyby być rozwiązania prawne unormowane w tym przepisie, dotyczące treści umów o finansowanie świadczeń gwarantowanych, zawieranych przez j.s.t. ze świadczeniodawcami, sposobu wyłaniania tych świadczeniodawców, a także ich obowiązków informacyjnych.

Jeśli chodzi zaś o art. 59 u.d.l., wskazany jako tzw. związkowy przedmiot kontroli, to – uwzględniając treść uzasadnienia wniosku – Trybunał uznał, że podniesione przez wnioskodawcę zarzuty odnosiły się jedynie do ustępu 2 tego przepisu. To w tej jednostce redakcyjnej zostały unormowane obowiązki finansowe j.s.t. będące skutkiem wystąpienia strat netto s.p.z.o.z., dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi. Wnioskodawca nie zakwestionował ani zasady samodzielnego pokrywania strat netto przez s.p.z.o.z. poprzez zmniejszenie jego funduszu zakładowego (zob. art. 59 ust. 1 u.d.l.), ani zasady ustalania wartości straty netto i kosztów amortyzacji, z którymi wiąże się konsekwencje określone w art. 59 ust. 2 u.d.l., dla roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym (zob. art. 59 ust. 3 u.d.l.), ani też obowiązku sporządzenia programu naprawczego (zob. art. 59 ust. 4 u.d.l.).

Tymczasem art. 47 u.o.t.p.TK – wyznaczający wymagania formalne, jakie musi spełniać każdy wniosek skierowany do Trybunału Konstytucyjnego – stanowi, że wniosek taki powinien zawierać m.in. uzasadnienie, w którym wnioskodawca precyzyjnie określi problem

konstytucyjny, wskaże – odrębnie w stosunku do każdego przedmiotu zaskarżenia – zarzut niekonstytucyjności oraz przedstawi argumenty lub dowody na poparcie zarzutu (zob. ustęp 2 pkt 3 i 4 tego przepisu). Niedochowanie tych wymagań rodzi obowiązki Trybunału umorzenia postępowania.

Zdaniem Trybunału, w niniejszym postępowaniu wskazane wyżej wymagania nie zostały spełnione w zakresie, w jakim wniosek Sejmiku Województwa Mazowieckiego dotyczył art. 9b u.ś.o.z. oraz art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. W konsekwencji Trybunał, działając na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p.TK, postanowił umorzyć postępowanie w tym zakresie z uwagi na niedopuszczalność wydania wyroku. W części, w jakiej wniosek dotyczył art. 9b u.ś.o.z. oraz art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l., wnioskodawca nie uczynił zadość wymaganiom wskazanym w art. 47 ust. 2 pkt 3 i 4 u.o.t.p.TK.

3.3. Trybunał rozważyć musiał ponadto, czy właściwym przedmiotem kontroli w niniejszym postępowaniu – z uwagi na treść zarzutów i argumentację przedstawione przez wnioskodawcę – uczyniony mógł zostać art. 9a u.ś.o.z. Wnioskodawca zakwestionował ten przepis w zakresie, w jakim, pod pozorem fakultatywności realizacji zadania publicznego, nakłada na j.s.t. obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez NFZ.

Trybunał, biorąc pod uwagę argumentację przedstawioną we wniosku, stwierdził, że intencją wnioskodawcy nie było zakwestionowanie dopuszczalności finansowania przez j.s.t. gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązań NFZ określoną w kontrakcie wiążącym NFZ ze świadczeniodawcą, który miałby wykonywać również świadczenia finansowane – w założeniu: dodatkowo – przez j.s.t. Innymi słowy, wnioskodawca nie domagał się wyeliminowania art. 9a u.ś.o.z. z porządku prawnego. Nie chodziło mu o pozbawienie j.s.t. kompetencji, o której mowa w tym przepisie, a w efekcie uniemożliwienie podejmowania przez nie decyzji o zakupie dodatkowych świadczeń w celu zaspokojenia potrzeb członków danej wspólnoty samorządowej.

Istota problemu konstytucyjnego, który został przedstawiony Trybunałowi przez Sejmik Województwa Mazowieckiego, polegała na tym, że – zdaniem wnioskodawcy – skorzystanie przez j.s.t. z kompetencji przewidzianej w art. 9a u.ś.o.z. stało się w praktyce obowiązkiem samorządów, albowiem w wypadku niepodjęcia przez nie takiej decyzji, samorzady muszą pokrywać straty netto s.p.z.o.z., dla których są podmiotami tworzącymi, albo podejmować decyzje o likwidacji zakładów i przejmować na siebie ich zobowiązania i należności. Praktyka funkcjonowania systemu rozliczania się świadczeniodawców z NFZ z wykonanych gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej jest bowiem taka, że generuje tzw. nadwykonania. Samorzady stają w efekcie wobec alternatywy polegającej na tym, że albo sfinansują wykonane świadczenia, które nie zostały sfinansowane przez NFZ, albo pokrywają stratę netto podmiotu leczniczego.

Zdaniem Trybunału, ujęty w ten sposób problem konstytucyjny nie wiąże się bezpośrednio z art. 9a u.ś.o.z. Przepis ten *de lege lata* przewiduje bowiem – alternatywną i fakultatywną wobec finansowania ze środków NFZ – formę zaspokajania potrzeb mieszkańców wspólnoty samorządowej w zakresie opieki zdrowotnej. Innymi słowy, na mocy tego przepisu ustawodawca nie nałożył na j.s.t. nowego obowiązku mającego polegać na finansowaniu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, lecz przyznał j.s.t. dodatkowy instrument – z którego mogą fakultatywnie skorzystać, jeżeli pozwala im na to stan budżetu – w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej świadczonej mieszkańcom danej j.s.t. Świadczenia zakupione zgodnie z art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. mogą być bowiem udzielone tylko mieszkańcom tej wspólnoty samorządowej, która zdecydowała się skorzystać z możliwości przewidzianej w zakwestionowanej regulacji (a nie wszystkim świadczeniobiorcom, którzy wyraziliby chęć ich uzyskania). Jednocześnie ustawodawca przewidział w art. 9b ust. 6 u.ś.o.z., że w wypadku, gdyby

świadczeniodawca był również stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, umowa zawarta z j.s.t. obejmować może wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania NFZ w stosunku do świadczeniodawcy w danym zakresie – a więc obejmować może też ewentualne tzw. nadwykonania (tak np. K. Urban, uwagi do art. 9b, [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowej ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018).

Jednakże podniesione przez wnioskodawcę zarzuty nie dotyczyły ani możliwości zawierania przez j.s.t. z podmiotami leczniczymi umów o finansowanie gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej ponad limity określone w kontraktach z NFZ, ani nawet dopuszczalności finansowania w ramach tego instrumentu tzw. nadwykonań. Art. 9a u.ś.o.z. przyznaje w tym zakresie j.s.t. swobodę decyzyjną. Samorządy mogą podejmować samodzielnie decyzje o zawieraniu umów, o jakich mowa w tym przepisie, uwzględniając – oprócz przesłanek wskazanych tam wprost przez ustawodawcę – również stan swoich budżetów. *De lege lata* mogą odmówić skorzystania z możliwości przewidzianej w art. 9a u.ś.o.z. Co prawda narażają się wówczas na ryzyko zaistnienia konieczności pokrycia strat netto prowadzonych przez siebie s.p.z.o.z., niemniej taki skutek nie wynika bezpośrednio z art. 9a u.ś.o.z., lecz jest przewidziany w art. 59 ust. 2 u.d.l. i stanowi konsekwencję całego kompleksu rozwiązań prawnych i pozaprawnych warunkujących funkcjonowanie systemu finansowania i rozliczania przez NFZ gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. To, co zdaje się kwestionować w istocie wnioskodawca, to są zatem konsekwencje, jakie – w świetle uzasadnienia wniosku – wynikają dla j.s.t. z systemowego niedoszacowania kontraktów zawieranych przez NFZ z zakładami, a polegają na obowiązku – określonym w art. 59 ust. 2 u.d.l. – pokrycia przez j.s.t. strat netto s.p.z.o.z., dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi, albo przejęcia zobowiązań i należności tych zakładów w następstwie ich likwidacji. Art. 9a u.ś.o.z. nie budziłby zastrzeżeń wnioskodawcy właśnie, gdyby nie występowały – wynikające przede wszystkim z art. 59 ust. 2 u.d.l. – konsekwencje finansowe, które dotyczą j.s.t. w razie niepokrycia przez NFZ kosztów nadwykonań (w szczególności, gdyby j.s.t. uzyskały z budżetu centralnego jakąś refundację kosztów finansowania świadczeń niesfinansowanych przez NFZ).

Zdaniem Trybunału, przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. możliwość zawierania przez j.s.t. umów o finansowaniu gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, które nie mieszczą się w limitach wynikających z kontraktów z NFZ, stanowi tylko instrument, jakim j.s.t. mogą się posłużyć w celu ograniczenia strat netto poniesionych przez s.p.z.o.z. Jednakże treść normatywna zakwestionowanego przepisu ani nie leży u źródła narastania strat netto zakładów, ani nie określa finansowych konsekwencji powstawania takich strat dla budżetów j.s.t. Nawet orzeczenie przez Trybunał zgodnie z żądaniem wnioskodawcy o tym, że art. 9a u.ś.o.z. – „w zakresie, w jakim wymusza na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania” – nie doprowadziłoby do efektu zamierzonego przez inicjatora postępowania, albowiem takie orzeczenie nie znosiłoby obowiązku (wysłowionego w art. 59 ust. 2 u.d.l.) ponoszenia przez j.s.t. konsekwencji finansowych występowania strat netto w działalności s.p.z.o.z. Na to, czy system finansowania opieki zdrowotnej generuje straty netto po stronie świadczeniodawców, wpływ mają przede wszystkim przepisy regulujące zakres świadczeń gwarantowanych i standardy ich wykonywania (standardy jakości usług opieki zdrowotnej), zasady dysponowania przez NFZ środkami publicznymi na opiekę zdrowotną, zasady zawierania kontraktów z NFZ i ich rozliczenia itd. Zasadnicze znaczenie ma również wysokość rocznego budżetu NFZ. O konsekwencjach finansowych dla j.s.t. będącej podmiotem tworzącym dla s.p.z.o.z., który generuje straty, stanowi z kolei art. 59 ust. 2 u.d.l., nie zaś art. 9a u.ś.o.z.

Jak wyjaśniał już Trybunał w swoim orzecznictwie, prawidłowo zredagowany wniosek wymaga nie tylko wskazania przepisu Konstytucji mającego stanowić wzorzec kontroli, ale także powołania przekonujących argumentów wskazujących na niezgodność treści przepisu kwestionowanego z treścią normy wyrażonej w przepisie konstytucyjnym. „Zakłada to istnienie relacji łączącej treść tych przepisów” (postanowienie z 1 kwietnia 2014 r., sygn. K 42/12, OTK ZU nr 4/A/2014, poz. 43). Innymi słowy, między wskazanym przedmiotem i wzorcami kontroli istnieć musi „logiczne powiązanie” (postanowienie z 3 lipca 2019 r., sygn. K 3/18, OTK ZU A/2019, poz. 45).

W niniejszym postępowaniu Trybunał stwierdził, że – uwzględniając istotę przedstawionego problemu konstytucyjnego – nie zachodził dostateczny związek między treścią (zakwestionowanego zakresowo) art. 9a u.ś.o.z. oraz gwarancjami konstytucyjnymi, które zostały wskazane jako wzorce kontroli. Uniemożliwiło to Trybunałowi merytoryczną ocenę zgodności art. 9a u.ś.o.z. (w zakwestionowanym zakresie) z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji. Również w części, w jakiej wniosek Sejmiku Województwa Mazowieckiego dotyczył art. 9a u.ś.o.z., Trybunał musiał umorzyć postępowanie na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p.TK.

3.4. Trybunał dostrzegł, że zarówno w *petitum* wniosku, jak i w jego uzasadnieniu wnioskodawca przywołał art. 59 ust. 2 u.d.l., określający konsekwencje finansowe, jakie dla j.s.t. rodzi wygenerowanie strat netto przez s.p.z.o.z., w stosunku do których j.s.t. jest podmiotem tworzącym. Niemniej jednak wnioskodawca konsekwentnie powoływał się na ten przepis jako na tzw. związkowy przedmiot kontroli, wyznaczający normatywne tło art. 9a i art. 9b u.ś.o.z., wskazanych jako zasadniczy przedmiot zaskarżenia. Nie sformułował również w stosunku do art. 59 ust. 2 u.d.l. żadnych odrębnych zarzutów ani argumentów, które miałyby świadczyć o jego niekonstytucyjności. Z tego względu Trybunał nie mógł uczynić tego przepisu samodzielnym przedmiotem kontroli.

Z tych względów Trybunał Konstytucyjny postanowił jak w sentencji.