



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

IX kadencja

Marszałek Senatu
BPS.DPS.030.9.2021

Druk nr 1540

Warszawa, 10 września 2021 r.

Szanowna Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

mam zaszczyt przekazać Pani Marszałek podjęte przez Senat - zgodnie z art. 121 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - na 29. posiedzeniu w dniu 9 września 2021 r. uchwały:

- w sprawie ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych,
- w sprawie ustawy o zmianie ustawy o usługach płatniczych,
- w sprawie ustawy o zmianie ustawy o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe oraz niektórych innych ustaw,
- w sprawie ustawy o zmianie ustawy o odnawialnych źródłach energii oraz niektórych innych ustaw,
- **w sprawie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej**

finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Przyjęcie poprawek Senatu może spowodować konieczność zmiany oznaczeń jednostek systematyzacyjnych, redakcyjnych lub ich fragmentów, w celu zachowania ciągłości numeracji albo ciągłości alfabetycznej, oraz w konsekwencji konieczność odpowiedniej korekty odesłań.

Z poważaniem

(-) Tomasz Grodzki

UCHWAŁA
SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 9 września 2021 r.

**w sprawie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**

Senat, po rozpatrzeniu uchwalonej przez Sejm na posiedzeniu w dniu 11 sierpnia 2021 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadza do jej tekstu następujące poprawki:

- 1) w art. 1 w pkt 1 w lit. a, w ust. 1:
 - a) we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „7%” zastępuje się wyrazami „7,20%”,
 - b) w pkt 1:
 - we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „w latach 2018–2026” zastępuje się wyrazami „w latach 2018–2024”,
 - w lit. e wyrazy „5,75%” zastępuje się wyrazami „6%”,
 - w lit. f wyrazy „6,00%” zastępuje się wyrazami „6,50%”,
 - w lit. g wyrazy „6,20%” zastępuje się wyrazami „7%” oraz przecinek zastępuje się średnikiem,
 - skreśla się lit. h oraz i;
- 2) skreśla się art. 2;
- 3) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) wprowadza się następujące zmiany:

 - 1) w art. 55 w ust. 1 w pkt 6 po wyrazach „art. 59 ust. 2 pkt 1” dodaje się wyrazy „i ust. 2c”;
 - 2) w art. 59 po ust. 2b dodaje się ust. 2c–2h w brzmieniu:

„2c. W przypadku podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 6 ust. 2 pkt 3, strata netto w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jest

pokrywana z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2d. Strata, o której mowa w ust. 2c, jest pokrywana w wysokości nie wyższej niż różnica między rzeczywistymi kosztami udzielania świadczeń gwarantowanych, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a przychodami z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu tej ustawy, uzyskanych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym.

2e. Jeżeli po pokryciu straty netto, o którym mowa w ust. 2d, występuje strata netto w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, strata jest pokrywana przez podmiot tworzący na zasadach określonych w ust. 2. Przepisy ust. 2a i 2b stosuje się.

2f. Rzeczywisty koszt udzielania świadczeń gwarantowanych oznacza sumę kosztów wytworzenia procedur medycznych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym ustalonych na podstawie rachunku kosztów, prowadzonego zgodnie ze standardem rachunku kosztów, o którym mowa w art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem kosztów procedur medycznych powstałych w ramach działalności komercyjnej o charakterze medycznym.

2g. Pokrycie straty netto, o którym mowa w ust. 2c, następuje w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2h. W przypadku niepokrycia straty netto w sposób określony w ust. 2d podmiot tworzący jest zobowiązany w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2g podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli strata netto za rok obrotowy po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.”;

3) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. 1. 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.

2. W przypadku likwidacji, o której mowa w art. 59 ust. 2h, zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do mienia.”.”;

4) skreśla się art. 5;

5) w art. 6 skreśla się wyrazy „, z wyjątkiem art. 5, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia”.

MARSZAŁEK SENATU

Tomasz GRODZKI

UZASADNIENIE

Senat – po rozpatrzeniu uchwalonej przez Sejm w dniu 11 sierpnia 2021 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, określanej dalej jako „ustawa” – wprowadził do jej tekstu 5 poprawek.

1. Poprawka nr 1 zmierza do podwyższenia minimalnych wartości środków finansowych przeznaczanych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia. Senat – podkreślając znaczenie rosnących nakładów finansowych na tę dziedzinę, zwłaszcza w świetle skutków pandemii COVID-19 – proponuje, aby nowelizowany art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) stanowił, że:

- 1) na finansowanie ochrony zdrowia przeznacza się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 7,20% produktu krajowego brutto – począwszy od 2025 r.;
- 2) wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2022–2024 nie może być niższa niż odpowiednio 6%, 6,50% oraz 7%.

2. Dodawany przez art. 2 ustawy przepis art. 49a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.) budzi:

- 1) zasadnicze zastrzeżenia konstytucyjne natury proceduralnej;
- 2) wątpliwości o charakterze systemowym.

2.1. Zgodnie z art. 119 ust. 1 Konstytucji Sejm rozpatruje projekt ustawy w trzech czytaniach. Powołany przepis statuuje zatem nakaz, „by podstawowe treści, które znajdują się ostatecznie w ustawie przebyły pełną drogę procedury sejmowej, tak by nie zabrakło czasu i możliwości na przemyślenie przyjmowanych rozwiązań i zajęcie wobec nich stanowiska. Nakazowi temu sprzeciwia się takie stosowanie procedury poprawek, które pozwala na wprowadzenie do projektu nowych, istotnych treści na ostatnich etapach procedury sejmowej. Dotyczyć to może zwłaszcza poprawek zgłoszonych dopiero w drugim czytaniu

i niebędących przedtem przedmiotem rozważań w komisjach”¹. Niezależnie od tego, należy zauważyć, że „wykładnia przepisów regulujących poprawki „sejmowe” i „senackie” musi być dokonywana w taki sposób, aby nie prowadziło to do zatarcia odrębności między inicjatywą ustawodawczą i poprawkami, a w konsekwencji do obchodzenia wymagań, które Konstytucja przewiduje dla inicjatywy ustawodawczej”, przy czym „wyjście poza zakresłony przez samego projektodawcę zakres przedmiotowy projektu może mieć miejsce tylko wówczas, gdy treść poprawki pozostaje w ścisłym związku z przedmiotem projektowanej ustawy, a zwłaszcza wtedy, gdy jej wprowadzenie jest niezbędne do pełnego zrealizowania koncepcji projektodawcy. Odmienne stanowisko oznaczałoby obejście konstytucyjnych wymagań dotyczących inicjatywy ustawodawczej i trzech czytań projektu”².

W kontekście powyższych rozważań należy zauważyć, iż po odbyciu pierwszego czytania projektu ustawy, w wyniku przyjęcia przez Komisję Zdrowia poprawki zgłoszonej na jej posiedzeniu, tekst projektu został uzupełniony o nowelizację ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, polegającą na dodaniu przepisu karnego odnoszącego się do naruszenia nietykalności cielesnej „osoby przeprowadzającej badanie kwalifikacyjne lub szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 lub osoby pomagającej w przeprowadzeniu badania lub szczepienia, której nie przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu, podczas lub w związku z przeprowadzaniem badaniem lub szczepieniem”. Powołana problematyka nie była objęta zakresem projektu ustawy skierowanego do Sejmu przez Radę Ministrów.

Mając na uwadze, że poprawki zgłaszane na etapie sejmowego postępowania ustawodawczego powinny „pozostawać w związku z projektem złożonym w Sejmie przez wnioskodawcę, przy czym więź ta winna mieć wymiar nie tylko formalny, ale i merytoryczny, polegający na tym, że konkretne poprawki odnoszące się do projektu powinny pozostawać w odpowiedniej relacji z jego treścią, zmierzając do modyfikacji pierwotnej treści projektu”³, należy uznać, że art. 2 ustawy jest niezgodny z art. 118 ust. 1 oraz art. 119 ust. 1 i 2 Konstytucji przez to, że został wprowadzony do jej tekstu bez dochowania trybu wymaganego dla sejmowego postępowania ustawodawczego. Należy również dobitnie podkreślić, że nie tylko na etapie drugiego czytania, ale również w toku prac komisyjnych niedopuszczalne jest wprowadzanie poprawek, które stanowią „nowość

¹ Wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 23 lutego 1999 r. (K 25/98) oraz z dnia 9 marca 2016 r. (K 47/15).

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 kwietnia 2009 r. (P 11/08).

³ *Ibidem*.

normatywną, wychodząc poza zakres projektu ustawy”⁴, nawet jeżeli są one obiektywnie korzystne dla adresatów proponowanej regulacji.

2.2. Niezależnie od powyższego, zasadne jest zasygnalizowanie wątpliwości natury systemowej dotyczącej przepisu karnego dodawanego przez art. 2 ustawy. Wydaje się bowiem, że ujęta w nim materia została już unormowana w ustawodawstwie – w szerszym zakresie podmiotowym i przedmiotowym. Obowiązujący art. 48 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi stanowi, że „pracownikom podmiotów leczniczych oraz innym osobom podejmującym na zasadach określonych w niniejszej ustawie działania w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu”. Należy podzielić stanowisko, że:

- 1) „przez zrównanie ochrony prawnokarnej z funkcjonariuszami publicznymi osoby wymienione w art. 48 (...) otrzymują równą im ochronę. W ten sposób przepis zapewnia bardziej komfortowe warunki pracy przy walce z epidemią, gwarantując dodatkową ochronę przed agresją ze strony pacjentów i osób postronnych”⁵,
 - 2) z uprzywilejowanej ochrony prawnokarnej ofiara korzysta, „gdy przestępstwo zostało popełnione podczas lub w związku z pełnieniem przez nią obowiązków służbowych, tj. wykonywaniem czynności związanych z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi”⁶
- co oznacza, że osoby, o których mowa w art. 48 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (których katalog obejmuje między innymi osoby wymienione w dodawanym przez art. 2 ustawy art. 49a), są objęte wzmocnioną ochroną prawnokarną, jeżeli padną ofiarą nie tylko naruszenia nietykalności cielesnej (art. 222 § 1 Kodeksu karnego), lecz także czynnej napaści (art. 223 Kodeksu karnego), stosowania przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia ich do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej (art. 224 § 2 Kodeksu karnego), znieważenia (art. 226 § 1 Kodeksu karnego) oraz zabójstwa (art. 148 § 3 Kodeksu karnego), przy czym zgodnie z art. 14 § 1 Kodeksu karnego zaostrożoną

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 marca 2009 r. (K 53/07).

⁵ J. Roszkiewicz [w:] L. Bosek (red.): *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, Warszawa 2021, Legalis.

⁶ *Ibidem*.

odpowiedzialnością karną za popełnienie wyżej wymienionych przestępstw objęte jest także samo usiłowanie⁷.

2.3. W świetle podniesionej argumentacji, Senat uchwalił poprawkę **nr 2**.

3. Przepisy art. 4 ustawy przewidują nowelizację ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), polegającą na:

- 1) rezygnacji z przewidzianego w art. 59 ust. 2 unormowania, zgodnie z którym jeżeli strata netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok obrotowy nie może być pokryta przez ten podmiot poprzez zmniejszenie o kwotę tej straty funduszu zakładu (tj. zmniejszenie wartości majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po odliczeniu funduszu założycielskiego) oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, podmiot tworzący jest obowiązany:
 - a) pokryć stratę netto za rok obrotowy w kwocie, jaka nie może zostać pokryta przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji (w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) albo
 - b) wydać stosowny akt o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w lit. a, z możliwością jego przedłużenia o kolejne 24 miesiące w przypadku uzasadnionym koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej);
- 2) ustanowieniu w art. 59 ust. 2 zasady, że podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może pokryć stratę netto za rok obrotowy tego podmiotu w kwocie, jaka nie może zostać pokryta przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.

3.1. W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (K 4/17), określanym dalej jako „wyrok TK”, organ ten orzekł, iż art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 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

⁷ *Ibidem.*

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, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji, a w konsekwencji – traci moc obowiązującą we wskazanym zakresie po upływie 18 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku TK (co nastąpiło w dniu 29 maja 2021 r.). Stosownie do art. 167 ust. 4 Konstytucji zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. Z kolei powołane w sentencji wyroku TK – jako związkowe wzorce kontroli – przepisy art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 oraz art. 2 Konstytucji stanowią odpowiednio, że:

- 1) jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych zadań publicznych, określając tryb przekazywania i sposób wykonywania zadań zleconych;
- 2) obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń ma określać ustawa;
- 3) Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

3.2. Orzekając o niekonstytucyjności art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, Trybunał Konstytucyjny – odwołując się do swojego dotychczasowego dorobku, zwłaszcza wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. (K 14/03) – zaprezentował w uzasadnieniu argumentację prawną, w której zawarł wskazówki dla ustawodawcy dotyczące wykonania wyroku TK.

Po pierwsze, „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. (...) 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 samorządy wykonują ciągle to samo zlecone zadanie publiczne, a zatem – nie sposób przyjąć, że nie doszło do naruszenia art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji.”.

Po drugie, „w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji trudno zaakceptować regulację, która jako wystarczającą przesłankę likwidacji s.p.z.o.z. traktuje jego zadłużenie. (...) 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.”.

Po trzecie, „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.”, przy czym „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.”.

3.3. Analiza przepisów art. 4 ustawy prowadzi do wniosku, że nie stanowią one wykonania wyroku TK. Jediną nowość normatywną w zakresie materii będącej przedmiotem tego orzeczenia statuuje art. 4 pkt 3 lit. a ustawy, który nadaje nowe brzmienie art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Zmiany zawarte w przepisach art. 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 3 lit. b stanowią jedynie legislacyjną konsekwencję przewidzianą w proponowanym art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej możliwości (nie zaś obowiązku) pokrywania przez podmiot tworzący straty netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w kwocie, jaka nie może zostać pokryta przez ten podmiot we własnym zakresie (jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji). Zapropionowana regulacja nie zawiera systemowych unormowań dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, zapewniających stabilność finansowania tych podmiotów, z uwzględnieniem:

- 1) podnoszonej w uzasadnieniu wyroku TK zasady (wynikającej z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji), że „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”;

- 2) mechanizmów zapobiegających sytuacji (kwestionowanej w wyroku TK w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji), w której obligatoryjnym skutkiem niespłacenia długów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez właściwą jednostkę samorządu terytorialnego jest obowiązek jego likwidacji (notabene, jak podniesiono w uzasadnieniu wyroku TK, „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”);
- 3) modyfikacji art. 61 ustawy o działalności leczniczej, który został pominięty przez art. 4 ustawy, choć jest objęty sentencją wyroku TK – jak wskazano w uzasadnieniu wyroku TK, przepis ten przewiduje, że „na j.s.t. ciąży obowiązek przejęcia zobowiązań i należności (oraz mienia) s.p.z.o.z. po jego likwidacji”, niezależnie od jej przyczyny, choć „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”; podnoszone w uzasadnieniu projektowanej ustawy stanowisko, że „trudno byłoby ustalić, jaka część straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstała w wyniku obowiązków nałożonych na nie, co Trybunał Konstytucyjny zakwalifikował jako obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a jaka w wyniku nieprawidłowego zarządzania” (str. 3), nie może stanowić argumentu prawnego na rzecz pominięcia ustawodawczego w tym przedmiocie.

W uzasadnieniu wyroku TK podkreślono, że z uwagi na „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”. Niewykonanie wyroku TK w powołanym okresie należy ocenić jako rażące naruszenie

standardów demokratycznego państwa prawnego. Tak samo należy ocenić okoliczność, że art. 4 ustawy nie wykonuje wyroku TK, choć nadaje nowe brzmienie przepisowi, którego niekonstytucyjność została tym orzeczeniem stwierdzona. Tym samym stwierdzona z wyroku TK niezgodność art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 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 z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji zachowuje aktualność w zakresie wynikającym z jego sentencji.

3.4. Niezależnie od powyższej konstatacji, należy zauważyć, że – stosownie do informacji przedstawionej przez projektodawcę w ocenie skutków regulacji (str. 3) – projekt ustawy nie był przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania. Mając na uwadze, że przewidziane przez art. 4 ustawy zmiany w ustawie o działalności leczniczej oddziałują bezpośrednio na sytuację prawną, organizacyjną i finansową jednostek samorządu terytorialnego, powinny one zostać wskazane w ocenie skutków regulacji projektu ustawy zarówno jako jej adresaci (pkt 4), jak również jako jednostki sektora finansów publicznych, wobec których wywołuje ona określone skutki finansowe (pkt 6) – czego projektodawca nie uczynił. Materia objęta art. 4 ustawy implikuje jednak przede wszystkim obowiązek przedstawienia jej projektu Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Zgodnie bowiem z przepisami art. 3 pkt 5 oraz art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 6 maja 2005 r. o Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz o przedstawicielach Rzeczypospolitej Polskiej w Komitecie Regionów Unii Europejskiej (Dz. U. poz. 759) do jej zadań należy „opiniowanie projektów aktów normatywnych, programów i innych dokumentów rządowych dotyczących problematyki samorządu terytorialnego, w tym także określających relacje pomiędzy samorządem terytorialnym a innymi organami administracji publicznej”, a członkowie Rady Ministrów są obowiązani do przedstawiania temu podmiotowi w celu zaopiniowania „projektów aktów normatywnych, programów i innych dokumentów rządowych dotyczących problematyki samorządu terytorialnego (...) wraz z prognozą ich skutków finansowych”. Podkreślenia wymaga, że w świetle konstytucyjnej hierarchii źródeł prawa nie jest uprawnione niedochowanie tego wymogu z powołaniem się na zastosowanie w rządowym procesie legislacyjnym odrębnego trybu postępowania, o którym mowa w rozdziale 8 działu III Regulaminu pracy Rady Ministrów – przepisy uchwały Rady Ministrów (aktu normatywnego o charakterze wewnętrznym) nie wyłączają obowiązków określonych w przepisach ustawy. Brak realizacji obowiązku przedstawienia projektu ustawy

Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego należy traktować jako „uchybiecie trybowi legislacyjnemu – o ustawowej genezie (z punktu widzenia kontroli konstytucyjności tego rodzaju uchybiecie podlega ocenie zgodności art. 2 Konstytucji)”⁸. „Ustawowy obowiązek opiniowania (...) nie jest wymogiem konstytucyjnie określonego trybu legislacyjnego, jakkolwiek uchybiecie mu jest nieprawidłowością (zob. wyrok TK z 14 października 2009 r., sygn. Kp 4/09, OTK ZU nr 9/A/2009, poz. 134).”⁹, przy czym okoliczność, że określone „elementy trybu prawodawczego (...) nie wynikają z konstytucyjnych standardów postępowania legislacyjnego, (...) nie oznacza, że pozostają poza kontrolą Trybunału Konstytucyjnego”¹⁰.

3.5. Mając na uwadze powyższe zastrzeżenia natury konstytucyjnej, Izba – wykorzystując wyniki dotychczasowych senackich prac legislacyjnych (w tym konsultacji społecznych) nad projektem ustawy wykonującej wyrok TK¹¹ – opowiedziała się, w drodze poprawki **nr 3**, za przyjęciem unormowań mających na celu zminimalizowanie przypadków konieczności likwidowania samorządowych szpitali i innych samorządowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wykazują one straty netto wynikające z nakładania przez ustawodawcę nowych obowiązków, bez zapewnienia na ich realizację wystarczających środków. Poprawka przewiduje, że strata, w wysokości nie wyższej niż różnica między rzeczywistymi kosztami udzielania świadczeń gwarantowanych, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a przychodami z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu tej ustawy, uzyskanych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym, będzie pokrywana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zaproponowane rozwiązanie zmierza do:

- 1) zminimalizowania ryzyka, że jednostki samorządu terytorialnego nieposiadające w budżecie środków wystarczających na pokrycie strat netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą zmuszone podejmować decyzje o ich likwidacji;

⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2010 r. (P 34/08).

⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 lipca 2011 r. (K 10/09).

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej (druk senacki nr 458).

- 2) przeniesienia obowiązku pokrycia strat netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na władzę centralną określającą zakres obowiązków tych podmiotów i sposób ich finansowania;
- 3) ograniczenia wystąpienia przypadków, w których straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą powstawać, gdyż władza centralna – świadoma, że w przypadku, powodującego straty netto, niedoszacowania kosztów działalności tych podmiotów, będzie zobligowana te straty pokryć – w bardziej realny sposób zaplanuje środki na ich funkcjonowanie.

4. Przepisy art. 5 ustawy przewidują nowelizację art. 2 ustawy z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616), polegającą na:

- 1) uchyleniu ust. 1, który przewiduje, że w roku 2021 wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 1 października 2021 r.;
- 2) modyfikacji ust. 2 w celu wydłużenia obowiązywania dotychczasowych wykazów do dnia 30 czerwca 2022 r. (tj. o 6 miesięcy).

4.1. Realizacja powołanego zamierzenia legislacyjnego jest uwarunkowana wejściem w życie art. 5 ustawy nie później niż w dniu 1 października 2021 r. W tym celu art. 6 ustawy przewiduje, że art. 5 ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Jednakże w świetle aktualnego etapu prac legislacyjnych nad ustawą realizacja powołanego unormowania jest uzależniona od podpisania ustawy przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w terminie umożliwiającym jej ogłoszenie w Dzienniku Ustaw najpóźniej w dniu 30 września 2021 r. Mając na uwadze, że planowane rozpatrzenie niniejszej uchwały Senatu ma odbyć się na posiedzeniu Sejmu w dniach 15–17 września 2021 r., Prezydent nie będzie dysponował nawet dwutygodniowym okresem na podjęcie decyzji w sprawie jej podpisania, co będzie skutkowało iluzorycznością zagwarantowanego mu w art. 122 ust. 2 Konstytucji uprawnienia w tym przedmiocie. Z kolei skorzystanie przez głowę państwa z przysługującej kompetencji skutkowałoby niedochowaniem konstytucyjnych wymogów odnośnie do prawidłowego *vacatio legis* ustawy, gdyż weszłaby ona w życie z mocą wsteczną.

Nierespektowanie zagwarantowanego Prezydentowi terminu podjęcia decyzji w przedmiocie podpisania ustawy stanowi tymczasem wystarczającą przesłankę do stwierdzenia, że ustawodawca uchybił standardowi demokratycznego państwa prawnego w aspekcie nakazu zachowania odpowiedniej *vacatio legis*¹², a tym samym – naruszył art. 2 w związku z art. 122 ust. 2 i art. 126 ust. 2 Konstytucji. W takim przypadku wskazana niekonstytucyjność byłaby nierozdzielnie związana z całą ustawą.

4.2. Mając na uwadze powyższą argumentację, Senat uchwalił poprawki **nr 4 i 5**.

¹² Zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r. (Kp 1/13).