



REGIONALNA IZBA
OBRACHUNKOWA
W ŁODZI

ul. Zamenhofska 10, 90-431 Łódź

tel. (42) 636 68 96, 636 69 11, fax (42) 636 74 24

Łódź, dnia 14 września 2018 r.

Pan

Starosta Kutnowski

Starostwo Powiatowe w Kutnie
ul. Kościuszki 16
99-300 Kutno

WA 4120-19/2018-w

W odpowiedzi na pismo Pana Starosty zawierające wniosek o udzielenie wyjaśnienia w zakresie stosowania przepisów o finansach publicznych, to jest wskazanie:

1. czy Powiat, jako organ założycielski i jedyny udziałowiec Szpitala Samorządowego Sp. z o.o., może zawrzeć ze Spółką umowę o finansowanie świadczeń gwarantowanych ponad limit, jaki zawiera umowa z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych I poziomu referencyjności ?
2. czy Powiat, jako organ założycielski i jedyny udziałowiec tego Szpitala, może udzielić dotacji na pokrycie świadczeń zdrowotnych, na pokrycie wydatków ponad limit, jaki zawiera umowa z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych I poziomu referencyjności, jeżeli taka możliwość jest ujęta w strategii rozwoju przedmiotowego szpitala na lata 2018-2023? -

Regionalna Izba Obrachunkowa w Łodzi uprzejmie informuje:

W zakresie pytania sformułowanego w pkt 1) odpowiedzi udzielają wprost przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510). Zgodnie z art. 9a ustawy jednostka samorządu terytorialnego w celu zaspokojenia potrzeb wspólnoty samorządowej może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Dla samej możliwości takiego finansowania bez znaczenia jest, czy powiat jest jedynym udziałowcem świadczeniodawcy, czy też nie.

Zgodnie z art. 9b ust. 1 ustawy świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert.

Fakt, że Powiat jest jedynym udziałowcem Szpitala Samorządowego Sp. z o.o. uprawnia do skorzystania z regulacji art. 9b ust. 3 i ust. 4, na podstawie których powiat uprawniony jest do zawarcia umowy z takim świadczeniodawcą bez przeprowadzania konkursu ofert.

Stopień poziomu referencyjności również jest bez znaczenia dla możliwości zawarcia umowy, gdyż ograniczeniem przedmiotowym są świadczenia gwarantowane wykonywane przez świadczeniodawcę niezależnie od poziomu referencyjności.

W zakresie pytania sformułowanego w pkt 2) pisma w pierwszej kolejności należy zauważyć, że dla udzielenia odpowiedzi bez znaczenia jest poziom referencyjności oraz strategii rozwoju Szpitala Samorządowego. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) w żadnym przepisie nie uzależnia finansowania świadczeń gwarantowanych od poziomu referencyjności, czy też strategii rozwoju świadczeniodawcy. Należy również zauważyć, że wbrew stanowisku Powiatu przekazana Izbie strategia rozwoju nie jest tożsama z programem polityki zdrowotnej. Zgodnie bowiem z art. 48 ustawy programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać i realizować jednostki samorządu terytorialnego, a nie organy świadczeniodawców (strategia rozwoju szpitala została przyjęta uchwałą Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Sp. o.o., jaką jest Szpital Samorządowy). Ponadto dalsze przepisy ustawy regulują procedurę opracowywania programów polityki zdrowotnej, w tym również opiniowanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Przesłana uchwała organu świadczeniodawcy nie została poddana wymaganej procedurze, a ponadto dokument ten został podjęty przez niewłaściwy organ, aby mógł być programem polityki zdrowotnej. Jednakże przywołanie we własnym stanowisku pytającego strategii rozwoju Spółki może świadczyć, że Powiat nie zauważa, iż ustawa przewiduje dwa odrębne i nie nakładające się tryby finansowania świadczeń zdrowotnych. Przywołany wyżej art. 9a i art. 9b ust.6 ustawy regulują finansowanie przez jednostkę samorządu terytorialnego świadczeń gwarantowanych ponad kwotę zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tego tytułu. Natomiast art. 48 ust. 1 oraz art. 48c ust. 1 regulują finansowanie programów polityki zdrowotnej przez jednostkę samorządu terytorialnego. Przy czym zgodnie z art. 9b ust. 1 świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego, a świadczeniodawcą, natomiast zgodnie z art. 48c ust. 2 programy polityki zdrowotnej są dofinansowywane w formie dotacji celowej udzielanej realizatorowi programu na podstawie ustawy o finansach publicznych.

Jak wynika z powyższego ustawodawca precyzyjnie określił formy finansowania świadczeń zdrowotnych: świadczenia gwarantowane – umowa, programy polityki zdrowotnej – dotacja. Zauważyć także należy, iż od momentu wprowadzenia art. 9a do ustawy mocą ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, nieuprawnione jest obejmowanie programem polityki zdrowotnej świadczeń gwarantowanych, gdyż ustawodawca przewidział inny tryb finansowania dla świadczeń gwarantowanych.

Jeśli zatem Powiat zamierza zawrzeć umowę ze Szpitalem Samorządowym Sp. z o.o., co sugeruje treść pytania nr 1), to wówczas, na podstawie art. 9b ust. 1 i ust. 5 winien zawrzeć umowę cywilnoprawną, w której określi między innymi zobowiązania finansowe wobec świadczeniodawcy. Podkreślenia wymaga przy tym fakt, że ustawodawca świadomie posłużył się w tym przepisie określeniem umowy, a w przepisie art. 48 c ust. 2 użył sformułowania: „dofinansowanie polega na udzieleniu realizatorowi programu ... dotacji celowej ...”.

Regionalna Izba Obrachunkowa przypomina jednocześnie, że z uwagi na brak uprawnień do dokonywania powszechnie obowiązującej wykładni prawa – zaprezentowane wyżej stanowisko nie ma mocy wiążącej.

Z poważaniem

PREZES
Regionalnej Izby Obrachunkowej w Łodzi
dr Ryszard Paweł Krawczyk