

KANCELARIA ADWOKACKA

Adwokat mgr Zdzisław Mikucki

16.11.2017
[Signature]

Łobez, dnia 10.11.2017 r.

Opinia prawna

Przedmiot opinii: Czy prawnie dopuszczalne jest dofinansowanie przez Miasto Świdwin NZOZ MED-BIS Zakładu Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych w Świdwinie na warunkach wskazanych w Piśmie w/w Zakładu z 11.10.2017 r. do Przewodniczącego Rady Miasta Świdwin.

- I. W piśmie do Przewodniczącego Rady Miasta Świdwin w/w Zakład powołał się na fakt, że jest jednym z trzech podmiotów realizujących w województwie zachodniopomorskim pilotażowy program na utworzenie Dziennych Domów Opieki Medycznej. Zwrócił się z prośbą o zabezpieczenie środków finansowych na kontynuowanie działalności na rok 2018.

W omawianym piśmie zostało wskazane, że „Projekt prowadzony jest przez Ministerstwo Zdrowia, pełniące funkcję Instytucji Pośredniczącej dla Programu Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER) dla obszaru zdrowia. Dzienny dom opieki medycznej (DDOM) jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Do DDOM mogą być przyjęci m.in. pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego oraz pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności. W ramach naszej działalności prowadzonej w DDOM na ulicy Poznańskiej 1 w Świdwinie objętych zostało już 45, a docelowo co najmniej 60 pacjentów ze Świdwina.

Celem projektu jest przetestowanie standardu dziennego domu opieki medycznej i przygotowanie podmiotów leczniczych do świadczenia nowej usługi medycznej w tym zakresie. Równolegle do działań finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego podejmowane są działania zmierzające do uzupełnienia wykazu świadczeń gwarantowanych tak, aby po zakończeniu pilotażu, na podstawie uzyskanych wyników w ramach przeprowadzonej ewaluacji, została opracowana karta problemu zdrowotnego, której sporządzenie jest pierwszym etapem prac nad zakwalifikowaniem danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Docelowo pilotaż ma doprowadzić do rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych o nową usługę przeznaczoną dla osób starszych tj. finansowania DDOM ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niemniej jednak ze względów organizacyjnych w 2018 roku środki na funkcjonowanie DDOM nie zostały zabezpieczone w budżecie NFZ, co powoduje, że nasz podmiot realizujący świadczenia z zakresu DDOM pozostał bez finansowania w okresie od dnia

zakończenia projektu tj. 30.06.2018r. do dnia 1 stycznia 2019r. gdzie zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia świadczenia w DDOM staną się świadczeniami gwarantowanymi. Zgodnie z informacją z Ministerstwa Zdrowia środki na ten okres należy pozyskiwać od organów samorządu lokalnego, które to ze względu na pilotażowy charakter działania powinny traktować sprawę jako priorytetową”.

Przewodniczący Rady Miasta zwrócił się do Kierownika Zakładu o przedłożenie odpisu pisemnej informacji, o której mowa w piśmie z 11 października 2017 r., a mianowicie informacji z Ministerstwa Zdrowia wskazującej, że środki na realizację programu należy pozyskiwać od organów samorządu lokalnego. W odpowiedzi na pismo Przewodniczącego Pełnomocnik Zakładu poinformował, że „...Ministerstwo Zdrowia do dnia dzisiejszego nie zajęło oficjalnego stanowiska odnośnie finansowania projektów Dziennych Domów Opieki Medycznej ze środków publicznych po zakończeniu projektu. W trakcie spotkań z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia padły sugestie aby środki na utrzymanie trwałości projektu, mając na uwadze nowelizacje przepisów o działalności medycznej, pozyskiwać od samorządów lokalnych, a ze względu na innowacyjność i zapotrzebowanie na tego typu usługi powinny być one traktowane priorytetowo.

Należy podnieść, że brak jasnego stanowiska Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie stawia nas w niekorzystnej sytuacji w rozmowach z partnerami w kwestii pozyskania finansowania dla projektu DDOM. Mam nadzieję, że trudna sytuacja naszej placówki spotka się ze zrozumieniem Rady Miasta Świdwin”.

W celu bliższego wyjaśnienia kwestii podstawowych dla ustalenia stanu faktycznego na prośbę opiniującego zostały przedłożone przez Zakład następujące dokumenty:

- 1) wydruk z CEiDG stwierdzający m.in., że według PKD przeważającą działalnością gospodarczą jest praktyka pielęgniarek i położnych. Właściciel Jolanta Zagowałko działa pod firmą (firmami): Firma Handlowo – Usługowa Jolanta Zagowałko oraz NZOZ MED-BIS Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych,
- 2) księgę rejestrową nr 000000018475 prowadzoną przez organ rejestrowy – Wojewodę Zachodniopomorskiego,
- 3) umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Nr umowy: POWR.05.02.00-00-0025/15-00/2943/600.

Umowa została zawarta 30 czerwca 2016 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, NIP: 5251918554, REGON: 000287987, zwanym dalej „Instytucją Pośredniczącą”, a Panią Jolantą Zagowałko, zam. 78-300 Świdwin, ul. Połczyńska 49, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą „1) Firma Handlowo-Usługowa Jolanta Zagowałko 2) NZOZ MED-BIS Jolanta Zagowałko Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych”, adres wykonywania działalności gospodarczej: 78-300 Świdwin, ul. Połczyńska 49, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W części tytułowej umowy jej istota została określona następująco: „Umowa o dofinansowanie Projektu: Zapewnienie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych dla społeczności lokalnej powiatu świdwińskiego i łobeskiego poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w MED-BIS Jolanta Zagowałko Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego”.

W § 1 umowy zostały zawarte istotne definicje dla interpretacji znaczenia prawnofinansowego tej umowy. I tak:

„Instytucji Zarządzającej” oznacza to ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
„Powierzającego” oznacza to ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, który jako administrator danych osobowych powierzył Instytucji Pośredniczącej, w drodze odrębnego Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, przetwarzanie danych osobowych ze zbiorów:

- a) Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój,

b) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych; „Programu” oznacza to Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przyjęty decyzją wykonawczą Komisji z dnia 17 grudnia 2014 r. przyjmującą niektóre elementy programu operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020” do wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego i szczególnej alokacji na Inicjatywę na rzecz zatrudnienia ludzi młodych w ramach celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” w Polsce nr C(2014) 10129;

„Projektu” oznacza to projekt pt. Zapewnienie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych dla społeczności lokalnej powiatu świdwińskiego i łobeskiego poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w MED-BIS Jolanta Zagowałko Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych realizowany w ramach Działania określony we wniosku o dofinansowanie projektu nr POWR.05.02.00-00-0025/15, zwany dalej „Wnioskiem”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy;

„uczestnika Projektu” oznacza to uczestnika w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, zwanych dalej „Wytycznymi w zakresie monitorowania”, zamieszczonych na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej;

„wydatków kwalifikowanych” oznacza to wydatki kwalifikowalne zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, zwanymi dalej „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności”, zamieszczonymi na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej.

Według § 2 przedmiot umowy jest następujący:

1. Na warunkach określonych w umowie, Instytucja Pośrednicząca przyznaje Beneficjentowi dofinansowanie na realizację Projektu, a Beneficjent zobowiązuje się do jego realizacji.
2. Łączna wysokość wydatków kwalifikowanych Projektu wynosi 1 000 000,00 zł (słownie: jeden milion złotych i zero groszy) i obejmuje:
 - 1) dofinansowanie, z następujących źródeł:
 - a) ze środków europejskich w kwocie 842 800,00 zł (słownie: osiemset czterdzieści dwa tysiące osiemset złotych i zero groszy), co stanowi 84,28 % wydatków kwalifikowanych Projektu,
 - b) ze środków dotacji celowej w kwocie 127 200,00 zł (słownie: sto dwadzieścia siedem tysięcy dwieście złotych i zero groszy);
 - 2) wkład własny w kwocie 30 000,00 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych zero groszy).
3. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 oraz wkład własny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, są przeznaczone na pokrycie wydatków kwalifikowanych ponoszonych przez Beneficjenta w związku z realizacją Projektu.
4. Dofinansowanie na realizację Projektu może być przeznaczone na sfinansowanie przedsięwzięć zrealizowanych w ramach Projektu przed podpisaniem umowy, o ile wydatki zostaną uznane za kwalifikowalne zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz będą dotyczyć okresu realizacji Projektu, o którym mowa w § 3 ust. 1.
5. W przypadku niewniesienia przez Beneficjenta wkładu własnego w kwocie, o której mowa w ust. 2 pkt 2, Instytucja Pośrednicząca może obniżyć kwotę przyznanego dofinansowania proporcjonalnie do jej udziału w całkowitej wartości Projektu. Wkład własny, który zostanie rozliczony ponad wysokość wskazaną w ust. 2 pkt 2 może zostać uznany za niekwalifikowalny.
6. Wydatki w ramach Projektu mogą obejmować koszt podatku od towarów i usług, zgodnie ze złożonym przez Beneficjenta oświadczeniem, stanowiącym załącznik nr 4 do umowy.
7. Wydatki w ramach Projektu na zakup środków trwałych oraz wydatki w ramach cross-financingu, o których mowa w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności, nie mogą przekroczyć limitów określonych we Wniosku.

W świetle § 3 ust.1 okres realizacji Projektu jest zgodny z okresem wskazanym we Wniosku.

Ponieważ opiniującemu nie przedłożono wniosku, to w oparciu o dane przytoczone w treści powołanego na wstępie pisma Zakładu z 11 października 2017 r. wywiódł wniosek, że strony umowy uzgodniły jako datę zakończenia projektu dzień 30 czerwca 2018 r. Okres do 30 czerwca 2018 r. dotyczy realizacji zadań w ramach projektu (vide: § 3 ust. 2 umowy). W § 4 ust. 3a, ust. 3e, 3f zostały zawarte następujące postanowienia:

Beneficjent zapewnia, że w trakcie realizacji Projektu oraz w okresie trwałości Projektu będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub na innej podstawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Instytucja Pośrednicząca zastrzega, a Beneficjent przyjmuje do wiadomości, że świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach dziennego domu opieki medycznej mogą nie zostać zakwalifikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia jako świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 5 pkt 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 581 z późn. zm.), a w przypadku zakwalifikowania takich świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, iż mogą one zostać usunięte z wykazu świadczeń gwarantowanych.

W przypadku, o którym mowa w ust. 3e, Beneficjent w okresie trwałości Projektu udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dziennego domu opieki medycznej z prawem do pobierania opłat za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej bez możliwości generowania dochodu, a w przypadku braku chętnych do korzystania z ww. świadczeń za odpłatnością, Beneficjent jest zobowiązany do zapewnienia gotowości do udzielania takich świadczeń przy jednoczesnym prowadzeniu działań informacyjnych o możliwości korzystania z dziennego domu opieki medycznej.

W § 25 ust. 1 i 2 zostały przewidziane możliwości rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym lub z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia. Te tryby rozwiązania umowy może stosować wyłącznie Instytucja Pośrednicząca, a zatem nie może ich stosować Beneficjent. W § 26 stanowi się, że umowa może zostać rozwiązana w drodze pisemnego porozumienia stron na wniosek każdej ze stron w przypadku wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiają dalsze wykonywanie postanowień zawartych w umowie.

Według § 27 ust. 2 w przypadku rozwiązania umowy w trybie § 26 Beneficjent ma prawo do wykorzystania wyłącznie tej części otrzymanych transz dofinansowania, które odpowiadają prawidłowo zrealizowanej części Projektu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.

W ustępach 3 i 4 § 27 stanowi się, że:

Za prawidłowo zrealizowaną część Projektu należy uznać część Projektu rozliczoną zgodnie z regułą proporcjonalności, o której mowa w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności, pod warunkiem, że Beneficjent osiągnie co najmniej 50% założonych we Wniosku wskaźników rezultatu lub produktu odnoszących się do zadań przedstawionych przez Beneficjenta jako wykonane i do rozliczenia. W przeciwnym przypadku Beneficjent jest zobowiązany do zwrotu całości otrzymanego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia przekazania środków dofinansowania.

W przypadku, o którym mowa w ust. 2, Beneficjent jest zobowiązany przedstawić rozliczenie otrzymanych transz dofinansowania, w formie wniosku o płatność w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia rozwiązania umowy oraz jednocześnie zwrócić niewykorzystaną część otrzymanych transz dofinansowania na rachunek bankowy wskazany przez Instytucję Pośredniczącą.

- II. Omawiana w punkcie I opinii umowa oparta jest na Programie Operacyjnym Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020. Postanowienia umowy – zaakcentowane w punkcie I opinii – dowodzą, że Beneficjent już w dacie zawarcia umowy powinien był liczyć się z możliwością, że po 30 czerwca 2018 r. nie będzie możliwe dofinansowanie ze źródeł finansowania przewidzianych w treści umowy i ze skutkiem prawnym oraz finansowym takiego ewentualnego stanu rzeczy. O ile Beneficjent nie chce ponosić ujemnych skutków

finansowych funkcjonowania umowy po 30 czerwca 2018 r. (a w szczególności w okresie do 31 grudnia 2018 r.), to może podjąć starania zmierzające do rozwiązania umowy w drodze porozumienia stron. Sugestie Ministerstwa Zdrowia przedstawione w piśmie do Przewodniczącego Rady pozbawione są jakiegokolwiek znaczenia prawnego. Ewentualne ich uwzględnienie przez Organy Miasta Świdwin byłoby sprzeczne z prawem. Umowa oparta jest na przepisach następujących aktów prawnych:

- 1) ustawie z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r., poz.1460),
- 2) ustawie z dnia 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności (Dz. U. z 2015 r., poz. 378 ze zm.),
- 3) zarządzeniu nr 9 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 17 lutego 2015 r. w sprawie powołania Komitetu Monitorującego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (Dz. Urz. MR z 2015 r., poz. 15),
- 4) komunikacie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 5 sierpnia 2015 r. w sprawie wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kontroli dla POWER 2014-2020 (M. P. z 2015 r., poz. 748).

Oparcie umowy na powyższych podstawach i obowiązek jej kontynuowania po 30 czerwca 2018 r. (chyba że przed tą datą nastąpiłoby jej rozwiązanie na zasadzie porozumienia stron) wyklucza prawną dopuszczalność finansowania zadań wynikających z umowy przez jednostki samorządu terytorialnego (w tym gminy). Dlatego dla sformułowania powyższego ostatecznego wniosku przez opiniującego zbędna jest analiza prawna dotycząca ewentualności finansowania przez gminy zadań określonych w umowie w oparciu o inne podstawy prawne. Gdyby nawet założyć, że istniałyby takie podstawy w ogólności, to w tym przypadku są one wykluczone przez sam fakt przewidzianego w umowie obowiązku Beneficjenta pobierania opłat za udzielone świadczenia od pensjonariuszy w okresie między 30 czerwca 2018 r. a 31 grudnia 2018 r. w wypadku przejściowego w tym okresie zwolnienia w drodze umowy z obowiązku finansowania zadań przez drugą stronę umowy. W myśl art. 6 ust.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz.1638) jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:1)spółki kapitałowej;2)jednostki budżetowej;3)samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz.1938) stanowi:

Art. 7. [Zadania gminy]

1. Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1)opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2)(uchylony);
- 3)inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 4)podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

2. Do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54, w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy.

3. W celu ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.

4. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2 i 3.

W „Komentarzu wyd. III Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” Autorki Iwony Kowalskiej-Mańkowskiej w tezie 3 zostało stwierdzone „Jednostki samorządu terytorialnego, co do zasady, nie mogą finansować świadczeń zdrowotnych. Wyjątek od tej zasady dotyczy przypadku, gdy świadczenie zdrowotne stanowi element programu polityki zdrowotnej realizowanego przez samorząd przy udziale podmiotu leczniczego. W takiej sytuacji samorząd może nawiązać z podmiotem leczniczym umowę o udzielanie świadczeń⁵⁶. Wyjaśnienia wymaga sposób realizacji zadania określonego w art. 7 ust. 1 pkt 1. Gminy będą finansować realizację programów polityki zdrowotnej poprzez zawieranie umów ze świadczeniodawcami na podstawie art. 48a i 48b u.ś.o.z.”. W przepisach art. 48a i 48b w/w ustawy stanowi się:

Art. 48a. [Projekt programu profilaktyki zdrowotnej]

1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządza projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu jego zaopiniowania.

1a. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. poz. 1860).

1b. Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1a, nie stosuje się przepisu ust.1.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do programu polityki zdrowotnej, będącego kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie.

3. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu na podstawie kryteriów, o których mowa w:

- 1)art. 31a ust. 1 - w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra;
- 2)art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 - w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Art. 48b. [Wybór realizatora programu]

1. W przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert.

2. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, minister albo jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

3. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 2, określa się w szczególności:

- 1)przedmiot konkursu ofert;
- 2)wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 3)termin i miejsce składania ofert.

4. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

5. Fundusz dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowę na zasadach i w trybie określonych dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Do wyboru realizatorów programów, o których mowa w art. 48 ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

W art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym z 11.09.2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz.1916) stanowi się:

Zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji:

- 1)ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych;

2)realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego:

a)innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, w tym ze środków państwowych funduszy celowych,

b)agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia;

3)jednostek samorządu terytorialnego.

W „Komentarzu do ustawy o zdrowiu publicznym” (opublikowanym: WK 2016)

Autor Maciej Dercz stwierdził: „Artykuł 13 u.z.p. wprowadza jednoznaczną podstawę formalnoprawną do dokonywania przez wskazane tam organy i jednostki wydatków środków finansowych na zadania z zakresu zdrowia publicznego – tzn. upoważnia wskazane tam organy i jednostki do wydatkowania środków na cele wskazane w ustawie o zdrowiu publicznym. Ma to znaczenie, zważywszy na fakt, iż organy i podmioty wskazane w art. 13 u.z.p. z zasady mieszczą się w katalogu jednostek sektora finansów publicznych, o których mowa w art. 9 u.f.p. Środki przez nie wydatkowane mają więc status środków publicznych, do których stosuje się szczególne rygory prawne. Jak podkreślono w orzecznictwie w zakresie dyscypliny finansów publicznych nie sposób stosować zasady: „co nie jest zakazane, jest dozwolone”, lecz należy stosować zasadę „dozwolone (w zakresie wydawania środków publicznych) jest to, co prawo wyraźnie przewiduje”³⁷.

Z drugiej strony art. 13 u.z.p. obliguje adresatów tej normy do finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego – w granicach kwot określonych w ich budżetach (planach finansowych). Należy więc podkreślić, iż komentowany art. 13 nie wskazuje ani wprost, ani pośrednio jakiej wielkości mają to być środki. Decydować o tym będą organy uprawnione do przyjmowania budżetów (planów finansowych) poszczególnych dysponentów środków wskazanych w art. 13 u.z.p. Warto jednak nadmienić, iż sama ustawa w art. 26 wskazuje maksymalny limit wydatków budżetu państwa, będących skutkiem finansowym ustawy w latach 2016–2025”. W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w załączniku w punkcie III. 1. stanowi się, że zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ - jeżeli w NPZ nie wskazano, iż będą to zadania koordynacyjne lub zadania powierzane przez odpowiedniego ministra będącego dysponentem środków - są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. Zadania własne nie wymagają pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa, o których mowa w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Z kolei w punkcie III. 5. stanowi się, że w przypadku programów polityki zdrowotnej polegających na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego mogą ubiegać się o uzyskanie dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczy to również inicjatyw niewskazanych w NPZ - pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Przy powierzaniu zadań z zakresu zdrowia publicznego, innych niż wskazane w ust. 1 i 3, stosuje się tryb konkursowy zawierania umowy na ich realizację lub tryb wnioskowy wskazane w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (punkt III. 6. załącznika).

Jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować zadania służące promocji zdrowego i aktywnego starzenia się takie jak:

- 1) wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym;
Realizator: MRPiPS oraz JST,
- 2) podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji osób starszych;
Realizator: MRPiPS oraz JST,
- 3) przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i

niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
Realizator: MZ we współpracy z MRPiPS, JST oraz NFZ,

- 4) rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;

Realizator: MZ we współpracy z NFZ, NIGRiR, MRPiPS oraz JST.

III. Powyższa analiza prawna dotycząca dopuszczalności finansowania przez gminy zadań w oparciu o Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 r. na zasadach wynikających z tego programu i stanowiącego jego podstawę prawną ustawową (ustawy z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym) uzasadnia wniosek końcowy opiniującego, że pod warunkiem rozwiązania umowy w drodze porozumienia stron byłoby możliwe zawarcie umowy przez Miasto Świdwin, ale po spełnieniu wszystkich warunków, które w ogólny sposób zostały przedstawione w niniejszej opinii. Gdyby ewentualnie chcieć zmierzać w tym kierunku, to należałoby zasięgnąć opinii wstępnej Ministerstwa Zdrowia czy spełniane są warunki do wykonywania zadań przez DDOM w MED-BIS Jolanta Zagowalko Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych wynikające z w/w Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz jakie powinny być szczegółowe warunki umowy zawartej ewentualnie z tą jednostką przez Miasto Świdwin (w jakim zakresie możliwe byłoby dofinansowanie tego zadania przez NFZ w treści zawartej umowy po 31 grudnia 2018 r., o ile w okresie pomiędzy 1 lipca 2018 r., a 31 grudnia 2018 r. nie byłoby w ogóle możliwe dofinansowanie przez NFZ).

ADWOKAT
Tomasz Matuski