



**MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**
ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa



OR-OP-II.086.8.2017.MM

Warszawa, dnia 9 marca 2017 r.

Trybunał Konstytucyjny

Al. Jana Christiana Szucha 12a
00 – 918 Warszawa

Wnioskodawca:

Sejmik Województwa Mazowieckiego
reprezentowany przez

Marszałka Województwa Mazowieckiego

Organ, który wydał zaskarżony akt normatywny:

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Wniosek o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 188 pkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹, działając na mocy uchwały nr 28/17 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 28 lutego 2017 r. (załącznik nr 1), wnoszę o zbadanie zgodności i stwierdzenie niezgodności, wydanych przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w przewidzianym właściwymi przepisami trybie, przepisów art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² w związku z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³ z art.16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - 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.

Mając na uwadze dyspozycję wynikającą z przepisów art. 191 ust. 2 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji RP wskazuję, że przedmiotowy wniosek dotyczy spraw objętych zakresem

¹ Dz. U. poz. 483, z późn zm, zwana dalej „Konstytucją RP”.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn.zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

³ Dz. U. z 2016 r. poz.1638, z późn.zm., zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

działania Wnioskodawcy jako organu stanowiącego samorządu województwa.

Przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają nowe zadania jednostek samorządu terytorialnego. Przepis art. 59 ustawy o działalności leczniczej określa obowiązki podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Z mocy art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną⁴, z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego, w tym Samorząd Województwa Mazowieckiego, zostały zobowiązane do przejęcia uprawnień podmiotu tworzącego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z uwzględnieniem miejsca usytuowania zakładu, w tym jego jednostek lub komórek organizacyjnych oraz dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład oraz znaczenia zakładu ze względu na zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa. Szczegółowy wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez Województwo Mazowieckie został określony przez Prezesa Rady Ministrów w załączniku do rozporządzenia z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw⁵. Na mocy powyższej regulacji Samorząd Województwa Mazowieckiego stał się organem założycielskim dla 46 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Aktualnie Samorząd Województwa Mazowieckiego jest podmiotem tworzącym dla 28 podmiotów leczniczych, w tym dla 10 podmiotów prowadzonych w formie spółki kapitałowej, o ogólnej liczbie 9 940 łóżek (według stanu na dzień 31.12.2016 r.).

Nadto, zauważyć należy, iż art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa katalog zadań własnych samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, który to katalog poprzez wprowadzoną regulację zawartą w art. 9a i art. 9b tej ustawy, został rozszerzony.

Uzasadnienie

Przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁶ wprowadziły możliwość finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń gwarantowanych), dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

⁴Dz. U. poz. 872 z późn.zm..

⁵Dz. U. poz. 659 z późn.zm.

⁶Dz.U. poz. 960, zwana dalej „ustawą o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw”

Zgodnie z brzmieniem **art. 9a** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

„W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, 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”.

Tryb finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego określa przepis **art. 9b** niniejszej ustawy:

- 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 9a, 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.*
- 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 większościami 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 przesyłać do wiadomości tego oddziału w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.”

Zgodnie z art. 59 ustawy o działalności leczniczej:

„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.”

Przy czym należy mieć na uwadze, iż zgodnie z dyspozycją art. 61 ustawy o działalności leczniczej, w razie likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jego należności i zobowiązania stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej jednostki samorządu terytorialnego, tj. samorządu województwa.

Znaczenie regulacji zawartej w art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w powiązaniu z art. 59 ustawy o działalności leczniczej polega na tym, iż 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 o finansowaniu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez

świadczeniodawców, dla których samorząd jest podmiotem tworzącym, ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie. 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 niemającej pokrycia w przychodach.

Niezgodność art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi, polega na tym, iż:

- pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego przerzuca na te podmioty obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne, przez co narusza art. 16 ust. 2 w związku art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP
- przekazaniu samorządowi województwa do realizacji zadania publicznego nie towarzyszy wyposażenie go w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Niezgodność art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art.16 ust. 2 w związku art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP

Przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przewidują rozszerzenie katalogu zadań jednostek samorządu terytorialnego o nowe zadanie o charakterze fakultatywnym, polegające na finansowaniu dla mieszkańców wspólnoty samorządowej świadczeń gwarantowanych. Aby nie dochodziło do podwójnego finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, jak wynika z uzasadnienia do projektu tej ustawy, ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego tych świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie (tzw. nadlimity).

W uzasadnieniu dostawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, projektodawca podkreślił również, iż przepisy art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym⁷, art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym⁸ oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r.

⁷Dz. U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz.814 z późn. zm

o samorządzie województwa⁹ z których wynika, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, nie wskazują szczegółowo w jaki sposób powyższe zadania mają być wykonywane, tym samym nie mogą stanowić samoistnej podstawy prawnej dla działań w ochronie zdrowia. Nadto, przedmiotowe rozwiązanie ma na celu, z jednej strony umożliwić jednostkom samorządu terytorialnego zabezpieczenie członkom swojej wspólnoty samorządowej jak najlepszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej zaś, powinno sprzyjać ograniczeniu generowania strat finansowych tych podmiotów leczniczych.

Zdaniem projektodawcy, ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Ustawa nie nakłada tym samym na jednostki samorządu terytorialnego nowych zadań i nie ma potrzeby przyznania w tym zakresie jednostkom nowych, dodatkowych środków finansowych.

W ocenie Wnioskodawcy, powyższe wskazuje, iż finansowanie świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty samorządowej stanowić ma fakultatywne zadanie własne samorządu w ramach szerszej kategorii, jaką jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa). Zdaniem Wnioskodawcy skutkuje to przerwaniem na jednostkę samorządu obowiązków dotyczących polityki zdrowotnej państwa, w zakresie należącym do władz centralnych.

Nie ulega wątpliwości, iż realizacja zadania, jakim jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, została powierzona władzom publicznym, jednakże obowiązek finansowania świadczeń zdrowotnych nie ciąży w takim samym zakresie na organach władzy rządowej i samorządowej. Z brzmienia art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika wprost, iż na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczególna rola w tym zakresie przypada Narodowemu Funduszowi Zdrowia jako dysponentowi środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i stronie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie unormowań ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia jest faktycznym organizatorem systemu ochrony zdrowia, będąc bowiem zasadniczo wyłącznym dysponentem środków finansowych - ma realny wpływ i decyduje o kształcie tego systemu. Zatem odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność

⁹ Dz. U. z 2016 r. poz.486 z późn. zm., zwana dalej „ustawą o samorządzie województwa”.

świadczeń zdrowotnych ponosi państwowa osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁰.

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. Niedoszacowane koszty świadczeń i brak zapłaty za „nadwykonania” powodują, iż w znacznej mierze ciężar finansowy udzielanych świadczeń przerzucany jest na podmioty lecznicze a następnie, poprzez art. 59 ustawy o działalności leczniczej, przenoszony jest na podmioty tworzące, w tym samorządy województw.

Wprawdzie podmiot leczniczy może dochodzić zapłaty za świadczenia zdrowotne ponad limit określony w umowie z NFZ na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale roszczenie to ustawowo ograniczone zostało wyłącznie do wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym, a z drugiej strony przysługuje świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z przyjętym orzecznictwem sformułowanie „nie zawarł umowy” dotyczy zarówno sytuacji, gdy świadczenia nagłego udzielił szpital nie posiadający umowy z NFZ, jak i sytuacji w której podmiot leczniczy ma wprawdzie zawartą umowę z NFZ, ale świadczenie zostało wykonane ponad limit określony w umowie, a więc było świadczeniem nieobjętym już umową. Jednocześnie, z przepisu art. 15 ustawy o działalności leczniczej, wynika dla podmiotu leczniczego prawny obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego każdej osobie, która potrzebuje jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązek ten dotyczy również lekarza, gdyż zgodnie art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹¹, lekarz ma indywidualny obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Obowiązek lekarza jest nawet zakresowo szerszy aniżeli podmiotu leczniczego, co dodatkowo komplikuje rozliczanie świadczeń udzielonych w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta.

Świadczeniodawca może zatem domagać się zapłaty wynagrodzenia za „nadwykonania” tylko wtedy, gdy dotyczyły one przyjęć w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta. Niestety, przyjęty przez NFZ system rozliczania kontraktów, zgodnie z którym w pierwszej kolejności rozliczane są świadczenia ratujące życie przed świadczeniami planowymi

¹⁰ M.Safjan, Prawo wobec medycyny i biotechnologii, Zbiór orzeczeń z komentarzami, Warszawa 2011.

¹¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 125.

powoduje, iż w praktyce NFZ najpierw rozlicza pacjentów przyjętych w trybie nagłym, natomiast pacjentów z tzw. kolejki, dopiero jeśli w ramach limitu z danej umowy zawartej z NFZ, pozostaną jakieś wolne środki – do wysokości tych środków.

W konsekwencji, podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za wykonane planowo, w ramach obowiązującego limitu, świadczenia zdrowotne. Dochodzi bowiem do sytuacji „wypierania” z rozliczenia świadczeń planowych przez świadczenia ratujące życie, mimo że zostały one udzielone w terminie późniejszym. Księgowo dokonuje się tej operacji w ten sposób, że wystawiana jest korekta na minus wcześniejszych faktur i na plus późniejszych. Teoretycznie możliwa jest sytuacja, w której świadczenia z kategorii ratujących życie zapełniłyby limit wynikający z kontraktu, a pozostałe świadczenia pozostałyby niezapłacone.

W praktyce jest więc tak, że udzielając planowego świadczenia na początku okresu rozliczeniowego szpital nie jest w stanie przewidzieć, ile świadczeń ratujących życie będzie musiał udzielić w danym okresie rozliczeniowym, i co może skutkować brakiem zapłaty za świadczenia udzielone planowo. W obecnym trybie rozliczania „nadwykonaniami” stają się głównie świadczenia planowe, w przypadku których domaganie się zapłaty od NFZ jest znacznie utrudnione. Takie działanie pogarsza jedynie i tak już trudną sytuację finansową podmiotów leczniczych.

Problem niezapłaconych „nadwykonań” dotyczy większości limitowanych świadczeń, a sam fakt występowania „nadlimitów” przy ograniczonym dostępie do świadczeń, obrazuje rzeczywiste potrzeby zabezpieczenia zdrowotnego lokalnej społeczności, co niestety nie jest uwzględniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy zawieraniu kontraktów.

Z informacji udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, iż łączna kwota „nadwykonań” zgłoszonych Mazowieckiemu OW NFZ w latach 2010-2015 wyniosła 4.049.221.520 zł, z czego dotychczas niezapłacone zostało 614.189.480 zł. Tylko w podmiotach leczniczych, dla których Województwo Mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub udziałowcem, wartość niezapłaconych świadczeń tzw. „nadlimitów” w latach 2011-2015 oscyluje wokół kwoty 141.000.000 zł. (załącznik nr 2).

W świetle zapisów art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostaje również otwarte pytanie co do faktycznej możliwości zastosowania w praktyce przepisów § 20 i § 21 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹², które umożliwiają składanie przez świadczeniodawcę po upływie kwartału kalendarzowego wniosków o zmianę zawartych umów (lub umowy), polegającą na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń

¹² Dz. U. z 2016 r. poz. 1146

i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń. Celem tego rozwiązania jest przesunięcie odpowiednich kwot zobowiązań dla poszczególnych zakresów świadczeń, aby operując w ramach ogólnej kwoty zobowiązania NFZ z danej umowy lub umów, optymalnie wykorzystać kwotę kontraktu i uniknąć nadwykonań w poszczególnych zakresach świadczeń po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Wnioskodawca pragnie również zwrócić uwagę, iż w dotychczasowej praktyce Narodowego Funduszu Zdrowia, po zakończeniu okresu rozliczeniowego (w praktyce - 45 dni od zakończenia roku kalendarzowego), w przypadku pozyskania dodatkowych środków finansowych (np. z rezerwy) przez Oddział Funduszu, finansowane były świadczenia, które świadczeniodawca zrealizował ponad limit określony w umowie. W takiej sytuacji Fundusz proponował świadczeniodawcy zawarcie aneksu rozliczeniowego dotyczącego danego okresu lub ugody.

W stanie prawnym powstałym po wprowadzeniu przepisów art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, za świadczenia gwarantowane w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie (tzw. nadlimity), zawartej pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą, będzie mógł zapłacić samorząd województwa. Wybór jaki pozostawia ustawodawca jednostce samorządu terytorialnego jest jednak pozorny, gdyż brak finansowania przez samorząd gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, dla których jest on podmiotem tworzącym, przełoży się na stratę netto tych zakładów, którą jednostka samorządu terytorialnego będzie musiała pokryć, alternatywnie - zlikwidować podmiot. Zatem każde z wyżej wymienionych, alternatywnych rozwiązań, generować będzie wydatki z budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej 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 określony 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.

Zdaniem Wnioskodawcy, zaproponowane w art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej rozwiązania, mogą spowodować nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych również z uwagi na różnice w dochodach samorządów, jako podmiotów tworzących podmioty lecznicze. Nie wszystkie samorządy będzie stać na zakup dodatkowych świadczeń. Niedookreślone pozostają kwestie dotyczące sytuacji, gdy podmiot tworzący na tym samym obszarze posiada więcej niż jeden podmiot leczniczy udzielający świadczeń, które mogą być sfinansowane przez daną jednostkę samorządu terytorialnego. Ustawa nie określa, czy w takim przypadku jednostka samorządu terytorialnego powinna zawrzeć umowę ze wszystkimi podmiotami udzielającymi świadczeń, czy tylko wybrać jeden z nich.

Ponadto dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej będzie zróżnicowany w zależności od miejsca zamieszkania, a zależny będzie od decyzji samorządu, o tym czy wykupić świadczenia gwarantowane, a jeśli już to w jakim zakresie. Ponadto istnieje ryzyko, że w zmienionym stanie prawnym NFZ będzie różnicował wysokość kontraktów, przerzucając jednocześnie ciężar finansowania świadczeń zdrowotnych na jednostki samorządu terytorialnego.

W praktyce doprowadzi to do znacznej nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na regiony w których dostęp do świadczeń będzie znacznie utrudniony, np. z powodu likwidacji podmiotu leczniczego, kiedy w innych regionach mieszkańcy będą mogli liczyć na dodatkowe świadczenia finansowane ze środków samorządu.

Samorząd województwa przyjmuje odpowiedzialność finansową za tę sferę funkcjonowania podmiotów leczniczych, która została poddana jego pieczy, np. finansowanie remontów i modernizacji. Nie znajduje natomiast uzasadnienia ponoszenie odpowiedzialności przez samorząd województwa za następstwa finansowe obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym mieszkańcom, którzy zwracają się o udzielenie tych świadczeń, w sytuacji gdy finansowanie tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia okazało się niedostateczne. Z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jasno wynika, iż organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej jest zadaniem władz centralnych, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową osobą prawną i jednostką sektora finansów publicznych, powołaną do realizacji zadań publicznych.

Tym samym samorząd województwa nie powinien być obarczany zadaniami, które nie są mu ustawowo przypisane.

Należy dodać, iż wielokrotnie jednostki samorządu terytorialnego zmuszone są ponosić skutki finansowe decyzji władz centralnych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, czego przykładem może być zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 55/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Z zapisów przedmiotowych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że dla świadczeniodawców będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność leczniczą, lub będących instytutami badawczymi wykonującymi działalność leczniczą, udzielających świadczeń medycznych w zakresach chirurgii dziecięcej, urologii dla dzieci i otolaryngologii dla dzieci, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona dla trybu hospitalizacja) we wskazanych zakresach korygowana jest o współczynnik 1,2.

Zatem wysokość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci we wskazanych zakresach została uzależniona od rodzaju podmiotu tworzącego podmiot leczniczy.

Należy dodać, iż przedmiotowa korekta nie obejmuje świadczeniodawców będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez jednostki samorządu terytorialnego, co z jednej strony godzi w wyrażoną w art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zasadę równego traktowania świadczeniodawców, z drugiej zaś strony spowoduje zwiększenie zadłużenia podmiotów leczniczych, udzielających wymienionych w tym przepisie świadczeń zdrowotnych, a niespełniających wymogu dotyczącego rodzaju podmiotu tworzącego i to pomimo sygnalizowanego od lat problemu niedoszacowania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci. Wskazane skutki decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia odczuje także Województwo Mazowieckie, ze względu m.in. na treść art. 59 ustawy o działalności leczniczej.

W tym miejscu Wnioskodawca pragnie podnieść, iż system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, ukształtowany przez ustawodawcę nie może znosić odpowiedzialności państwa za realizację tego zadania, przerzucając ciężar ponoszenia finansowych następstw nieprawidłowej organizacji systemu ochrony zdrowia na samorząd terytorialny. Samorząd terytorialny jest jedynie partnerem państwa w realizacji zadania publicznego, jakim jest organizowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i nie może przejmować odpowiedzialności za zapewnienie należytych standardów świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i właściwych ministrów, stając się tym samym podmiotem współfinansującym zadania władz centralnych.

Znaczenie zaskarżonej regulacji jest takie, że następuje przekazanie lub zlecenie samorządom nowego zadania publicznego do realizacji, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i przekazane wprost i nie posiada cech zadania własnego.

Podział zadań na własne i zlecone ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia ochrony samodzielności jednostek samorządu terytorialnego w aspekcie zadaniowo-kompetencyjnym¹³.

Podział zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny winien następować w sposób wyznaczony przez art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP.

Zgodnie z art. 166 ust. 1 Konstytucji RP, zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne. Ustęp 2 art. 166 Konstytucji RP wskazuje, że jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych zadań publicznych. Ustawa określa tryb przekazywania i sposób wykonywania zadań zleconych.

¹³ J. Jagoda, Sądowa ochrona samodzielności jednostek samorządu terytorialnego, Lex 2011

Definiując pojęcie zadań własnych Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. akt. K 30/04 wskazał, iż *„Artykuł 166 Konstytucji nazywa zadaniami własnymi te zadania publiczne, które służą zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Jednocześnie każde zadanie, które służy zaspokajaniu takich potrzeb, winno być wykonywane jako zadanie własne. Zadania własne art. 166 ust. 2 Konstytucji konfrontuje z tymi zadaniami publicznymi, które z powodu uzasadnionych potrzeb państwa mogą być w drodze ustawowej zlecane jednostkom samorządu terytorialnego do wykonywania. Zatem, co odróżniać ma zadania własne - nawet jeśli ich wykonywanie ma charakter obligatoryjny - od zadań zleconych, jest przede wszystkim ich lokalny charakter”*.

W powyższym wyroku, Trybunał Konstytucyjny wskazał ponadto, iż *„Ustrojodawca nadaje więc szczególne znaczenie przymiotnikowi „własne” przy określaniu tego rodzaju zadań. Zadanie własne to zadanie, które w świetle art. 16 ust. 2 zdania 2 Konstytucji samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność; podczas gdy przy zadaniach zleconych mamy do czynienia z przekazywaniem zadania jedynie do wykonania.*

Z art. 166 ust. 2 Konstytucji wynika zatem, że w stosunku do zadań zleconych rola organów lokalnych sprowadza się do funkcji wykonawczych, a nie kreatywnych, ponieważ ustawa określa sposób ich wykonywania. Sposób wykonywania zadań własnych określają organy stanowiące i wykonawcze j.s.t. One też ponoszą odpowiedzialność polityczną, prawną i finansową za ich wykonywanie.”

Jak wyjaśnił Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 28 czerwca 2001 r. o sygn. akt U 8/00: *„Z istoty (...) zadania własnego wynika, iż jego finansowanie musi mieć charakter samodzielny i kreatywny, tzn. organy samorządu muszą mieć zagwarantowane prawo decydowania w jakiejś mierze o zakresie i sposobie realizacji zadania ustawowo zdefiniowanego, lub co najmniej o sposobie jego realizacji i finansowaniu. Stąd też odpowiedniość wyposażenia samorządu w dochody przeznaczone na realizację zadań własnych, na ogół nie wyraża się wprost i jedynie w konkretnych kwotach ani procentach przekazanych środków – lecz w zespole cech, które pozwalają łączyć harmonijnie samodzielność wykonywania i finansowania zadania z taką wysokością środków, płynących z przekazanego ustawowo źródła oraz z taką formą prawną, by tej samodzielności nie zniweczyć, ani też nie uniemożliwić w ogóle wykonywania zadania (...) Z istoty zadania własnego samorządu wynika zatem to, że zakres i sposób jego finansowania winien zawsze być przedmiotem decyzji politycznej odpowiednich organów, które same decydują o sposobie jego wykonania w relacji do wykonywania innych zadań własnych.”*

Samodzielność ta oznacza, iż w granicach wynikających z ustaw, samorządy nie są podporządkowane czyjejkolwiek woli oraz, że w tych granicach podejmują czynności prawne

i faktyczne, kierując się własną wolą, wyrażaną przez jej organy, pochodzące z wyboru.¹⁴ Posiadanie własnego zakresu działania, nienaruszalnego i sądownie chronionego, możliwość wykonywania go przy pomocy własnych, przez siebie samego tworzonych organów, które działają według własnego rozumienia, nie będąc krępowanymi niczymi z zewnątrz pochodzącymi instrukcjami i poleceniami, stanowi jedną z głównych gwarancji samodzielności samorządu terytorialnego, będącej istotnym elementem pojęcia samorządu.¹⁵ Według Trybunału Konstytucyjnego „jednostki samorządu terytorialnego, wykonując zadania publiczne, uczestniczą, w zakresie określonym przez ustawodawcę, w sprawowaniu władzy państwowej, ale czynią to na szczególnych zasadach, z których najważniejsze znaczenie ma zasada prawem przyznanej i prawem chronionej samodzielności”.¹⁶

Zdaniem Wnioskodawcy, realizacji zadania, polegającego na finansowaniu tzw. nadlimitów świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego nie towarzyszy taki zakres samodzielności, który gwarantuje art. 16 ust. 2 Konstytucji RP w sprawowaniu przez te podmioty władzy publicznej, polegającej na wykonywaniu zadań publicznych we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Ustawodawca nie pozostawia bowiem samorządom takiego zakresu swobody w kreowaniu sposobu realizacji tego zadania, który jest wymagany dla zadań własnych.

W ocenie Wnioskodawcy, wskazana w ustawie możliwość określenia w umowie pomiędzy samorządem a świadczeniodawcą warunków organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych oraz kwoty zobowiązania i zasad rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia, jest uprawnieniem pozornym. Organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych, zasady ustalania ich wartości i rozliczeń stanowią przedmiot unormowań zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,¹⁷ a jednostka samorządu terytorialnego, chcąc respektować zasadę równego traktowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, nie może inaczej kształtować zasad

¹⁴A. Agopszowicz, Z. Gilowska, *Ustawa o samorządzie terytorialnym - Komentarz*, Warszawa 1997, s. 66

¹⁵ por. S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne - Pojęcia i instytucje zasadnicze*, Poznań 1947, wyd. IV, s. 72

¹⁶ Wyrok TK z dnia 27.09.1994, W 10/93

¹⁷ por. m. in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694., z późn.zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn.zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 2027) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U.poz. 1958).

organizacji, ustalania wysokości oraz rozliczania świadczeń gwarantowanych w umowach ze świadczeniodawcami, niż wynika to z przedmiotowych rozporządzeń i zarządzeń.

Jednostka samorządu terytorialnego finansując gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia, może decydować jedynie o ilości świadczeń, którą chce finansować, o czasie trwania umowy i wreszcie o sposobie i trybie kontroli realizacji umowy, nie ma natomiast wpływu na standard udzielanych świadczeń i ich zakres.

Określony przez ustawodawcę tryb rozliczania świadczeń gwarantowanych, które z istoty rzeczy następuje z pewnym opóźnieniem, skutkuje tym, że do momentu zatwierdzenia rozliczenia świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przedłożonego przez świadczeniodawcę, z którym zawarł umowę, jednostka samorządu terytorialnego nie będzie wiedziała jaki jest zakres jej partycypacji w finansowaniu świadczeń gwarantowanych i wydatki z tego tytułu. Przykładowo, jeśli w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego świadczeniodawca zmuszony zostanie do udzielenia świadczenia ratującego życie lub zdrowie pacjenta, nie będącego mieszkańcem jednostki samorządu terytorialnego, z którą świadczeniodawca zawarł umowę, o której mowa w art. 9b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinien koszty jego udzielenia uwzględnić w rozliczeniu z Funduszem. Możliwym skutkiem takiej sytuacji, jest przesunięcie kosztów realizacji świadczeń planowanych dla mieszkańców samorządu do rozliczenia z jednostką samorządu terytorialnego w przypadku, gdy udzielenie świadczenia w trybie nagłym, pacjentowi nie będącemu mieszkańcem wspólnoty, spowoduje przekroczenie limitu finansowania świadczeń przez Fundusz.

W tym stanie prawnym jednostki samorządu nie mogą w realny sposób monitorować procesu realizacji zadania przewidzianego w kwestionowanej regulacji, co jest niezbędne nie tylko dla odpowiedzialnego wykonywania zadań własnych, ale i zleconych.

Zlecenie zadań jednostkom samorządu terytorialnego winno wynikać z uzasadnionych potrzeb państwa (art. 166 ust. 2 Konstytucji RP). Nakłada to na ustawodawcę obowiązek uzasadnienia każdej regulacji dotyczącej zadań zleconych¹⁸. W przekonaniu Wnioskodawcy, obowiązkowi temu ustawodawca w tym przypadku nie sprostał, gdyż za takie uzasadnienie nie może uchodzić jedynie fakt, iż wystarczające finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest możliwe, przy jednoczesnym braku odniesienia tej sytuacji do realnych możliwości, w tym finansowych, realizacji powyższych zadań przez samorząd terytorialny. Nadto *"uzasadnione potrzeby państwa"* powinny co do zasady mieć charakter przejściowy - jeżeli potrzeby trwale uniemożliwiają wykonywanie zadań na szczeblu centralnym, ustawodawca powinien traktować je jako zadania własne samorządu terytorialnego¹⁹,

¹⁸ B. Banaszak, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009, s. 753.

¹⁹ T. Dębowska - Romanowska, Prawne i pozaprawne..., op. cit., s. 35.

z wszelkimi wynikającymi z tego faktu gwarancjami wyposażenia jednostki samorządu terytorialnego w adekwatne do konieczności efektywnego wykonywania zadania środki finansowe oraz samodzielność decyzyjną, gdy chodzi o zakres i sposób realizacji zadania. Z powierzeniem tych zadań korelatywnie sprzężony został obowiązek dostarczenia jednostkom samorządu terytorialnego odpowiednich, a zarazem wystarczających środków finansowych z budżetu państwa na ich należyte wykonanie.

Przekazanie samorządom przez art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej obowiązków finansowych i organizacyjnych nastąpiło na czas nieokreślony, jednak bez wskazanych wyżej gwarancji.

Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny, powinnością ustawodawcy jest poprawne określenie kompetencji organów państwa realizujących prawem określone funkcje, a przez to ustrojowa poprawność w zakresie zasad organizacji państwa w poszczególnych płaszczyznach jego aktywności²⁰. Przyjęcie odmiennego stanowiska musiałoby oznaczać, że ciężar realizacji celów ogólnych może być zawsze przenoszony, w całości lub w przeważającej mierze, na określoną społeczność terytorialną, a w konsekwencji gwarancje konstytucyjne w odniesieniu do autonomii prawnej i majątkowej jednostki samorządu terytorialnego, miałyby charakter pozorny²¹.

Przyjęty przez ustawodawcę system ponoszenia odpowiedzialności finansowej i politycznej przez jednostki samorządu terytorialnego za niesfinansowane przez NFZ świadczenia gwarantowane, albo za niedobory finansowe podmiotów leczniczych nie spełnia, w przekonaniu Wnioskodawcy, powyższych wymagań konstytucyjnych.

Reasumując, zadanie nałożone zaskarżoną regulacją jest zadaniem bliżej niedookreślonym i nie powinno być traktowane jako fakultatywne zadanie własne, nie ma bowiem charakteru lokalnego. Wybór podjęcia przez samorząd terytorialny działań służących jego realizacji jest wyborem pozornym, a sposób jego realizacji przewidziany przez zaskarżoną regulację narusza zasadę wykonywania przez samorząd zadań w sposób samodzielny. Finansowanie przez samorząd świadczeń gwarantowanych dla wspólnoty samorządowej nie powinno być również traktowane jako zadanie zlecone z uwagi na brak zabezpieczenia na ten cel środków finansowych z budżetu państwa. Przekazanie bowiem zadań zleconych, bez należytego finansowania kosztów ich realizacji narusza ukształtowane w obowiązujących przepisach prawa zasady w zakresie realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego tychże zadań.

²⁰ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03.

²¹ Zob. wyrok TK z dnia 25 listopada 2003 r., sygn. akt K 37/02.

Jednocześnie zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, z art. 166 ust. 2 Konstytucji wynika, że w stosunku do zadań zleconych rola organów lokalnych sprowadza się jedynie do funkcji wykonawczych a nie kreatywnych, ponieważ to ustawy szczegółowe określają sposób ich realizacji, w związku z tym, to na podmiocie zlecającym ciążyć powinien obowiązek zapewnienia odpowiedniego źródła ich finansowania. Potwierdzeniem tego są regulacje zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²² oraz ustawie z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego²³, które wprost stanowią, że źródłem finansowania zadań zleconych winny być dotacje celowe, których wysokość ustala się zgodnie z zasadami przyjętymi w budżecie państwa do określania wydatków podobnego rodzaju. Przy czym powinny być one przekazywane w wysokości i w sposób umożliwiający pełne i terminowe wykonanie zleconych zadań.

Niezgodność art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Zgodnie z zasadą adekwatności (odpowiedniości), przekazaniu zadań jednostkom samorządu terytorialnego musi towarzyszyć odpowiednie wyposażenie tych jednostek w dochody publiczne. Dlatego też zgodnie z art. 49 ust. 1 o dochodach jednostek samorządu terytorialnego²⁴, dotacje celowe z budżetu państwa dla jednostek samorządu terytorialnego na realizację zadań zleconych z zakresu administracji rządowej powinny być przekazywane w wysokości zapewniającej realizację tych zadań.

W myśl konstytucyjnej zasady podziału dochodów publicznych, wyrażonej w art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji RP, jednostki samorządu terytorialnego otrzymują udział w dostępnych zasobach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań, a zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. W odniesieniu do dotacji celowych oznacza to, że wysokość dotacji powinna w pełni pokrywać koszty, jakie jest zmuszona ponieść jednostka samorządu terytorialnego, aby zrealizować zadania z zakresu administracji rządowej oraz, że zadanie zlecone powinno być realizowane w takim jedynie zakresie, na jaki pozwalają środki finansowe przekazane danej jednostce samorządu w formie dotacji celowej.²⁵

W przekonaniu Wnioskodawcy ustawodawca nie dopełnił obowiązku wyrównania uszczerbku w dochodach jednostek samorządu terytorialnego, w związku z przekazaniem do

²² Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm., zwana dalej „ustawą o finansach publicznych”.

²³ Dz. U. z 2016 r. poz. 198, z późn.zm, zwana dalej „ustawą o dochodach jednostek samorządu terytorialnego

²⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 198, z późn.zm.

²⁵ A. Niezgoda, *Charakter zadań zleconych ustawami jednostkom samorządu terytorialnego a dotacje celowe z budżetu państwa*, [w:] *Podział zasobów publicznych między administrację rządową i samorządową*, LEX 2012.

realizacji części zadania należącego do władz centralnych, w postaci należytego finansowania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono tym samym obowiązek ponoszenia kosztów realizacji tych świadczeń albo odpowiedzialności finansowej za straty netto podmiotów leczniczych, jednocześnie nie zapewniając im odpowiednich do tego środków finansowych, co w konsekwencji może doprowadzić wspólnoty samorządowe do finansowej zapaści²⁶.

Ustawodawca nie bierze pod uwagę faktu, że samorzady, będące często organami prowadzącymi dla wielu podmiotów leczniczych, nie będą w stanie przejąć powyższych ciężarów finansowych, bez zasadniczej straty dla pozostałej, bieżącej działalności, do jakiej prowadzenia zobowiązane są przede wszystkim na mocy ustaw, a także bez poważnego zagrożenia dla realizacji inwestycji wieloletnich, zwłaszcza tych rozpoczętych. Należy podkreślić, iż wiele samorządów, w tym Województwo Mazowieckie, wspierając szpitale w ostatnich latach poniosło ogromne koszty, w tym na inwestycje związane z gruntowną modernizacją szpitali, wymianą wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia, tworząc nowoczesne, dobrze wyposażone placówki o wysokim standardzie. Modernizacja szpitali zwiększa komfort leczenia i pracy, jak również zwiększa bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednak pociąga za sobą wzrost kosztów, chociażby z tytułu opłat za media. Koszty związane z ochroną zdrowia, ponoszone przez Samorząd Województwa Mazowieckiego są wynikiem realizacji funkcji właścicielskich dla podmiotów leczniczych, jak również realizacji zadań własnych nałożonych przez art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa²⁷ w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji i ochrony zdrowia należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia ich mieszkańców. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności: ważnych zjawisk epidemiologicznych; innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania; wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Samorząd Województwa Mazowieckiego w 2015 r. sfinansował 8 programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa mazowieckiego. Wartość podpisanych umów w tym zakresie wynosiła 1 371 020,00 zł. Natomiast w 2016 r. sfinansowanych zostało 7 programów polityki zdrowotnej, a wartość umów na ich realizację wyniosła 1 203 900,00 zł (załącznik nr 3). W 2017 roku planowane jest sfinansowanie 7 programów polityki zdrowotnej.

Do zadań Województwa Mazowieckiego w zakresie ochrony zdrowia, których wykonywanie wiąże się z obowiązkami finansowymi, należą również te, które zostały nań

²⁶ Zob. M. Kulesza, Obowiązkowe przekształcenia szpitali w spółki pogrążą samorzady. Wywiad, „Gazeta Prawna” z 25.09.2012 r., s. B7.

²⁷

nałożone przez art. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁸, art. 15 i art. 21 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy²⁹, ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁰, ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych³¹, jak również ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii³². Ponadto należy podkreślić, iż w ostatnich latach Samorząd Województwa Mazowieckiego musiał się zmierzyć z obowiązkami finansowymi wynikającymi z konieczności dostosowania bazy lokalowo-sprzętowej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych (do roku 2017) oraz do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.³³

Pomimo ogromnego wysiłku finansowego, jaki samorzady podjęły i podejmują w celu zagwarantowania funkcjonowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie, dla realizacji nieprzerwanego i równego dla wszystkich dostępu do świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, wiele samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie jest w stanie zachować płynności finansowej, co stwarza silne domniemanie, że sytuacja ta jest wynikiem niedostatecznego, w stosunku do potrzeb zasilania tych podmiotów w środki publiczne z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dowodzą tego aktualne dane odnoszące się do finansowania ochrony zdrowia w województwie mazowieckim. Ujemne wyniki finansowe za lata 2013-2015 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego (załącznik nr 4), jak również suma przejętych zobowiązań w związku z przekształceniem samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (załącznik nr 5) obrazują realne obciążenie Województwa Mazowieckiego z tytułu działania art. 59 ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym do dnia 14 lipca 2016 r. Przy czym, pokrycie ujemnych wyników finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i przejęcie zobowiązań nie było jedynym obciążeniem finansowych Województwa Mazowieckiego z tytułu niedofinansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Wskazać, bowiem należy, iż równolegle w latach 2010-2015, w celu zapewnienia dalszej nieprzerwanej działalności, Województwo Mazowieckie zmuszone było dofinansowywać swoje szpitale w innych formach – w drodze pożyczek lub udzielanych poręczeń (załącznik nr 6). Jednocześnie wskazać należy, iż pomimo dokonanych przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki i ich realnego oddłużenia, problem niedofinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia nie zniknął, lecz jest nadal aktualny, co uwidaczniają dane finansowe dotyczące dopłat do kapitału zakładowego spółek

²⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 546, z późn. zm.

²⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1184, z późn. zm.

³⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 487, z późn. zm.

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 298, z późn. zm.

³² Dz. U. z 2016 r. poz. 224, z późn. zm.

³³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z późn. zm.

w latach 2013-2016 (załącznik nr 7).

Tymczasem budżet Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wskutek podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie, opartego na nowym algorytmie, z roku na rok, wykazuje coraz większe niedopasowanie do istniejących potrzeb. Analizując ostateczne plany finansowe oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009-2016 dostrzec można, iż przy średnim wzroście poziomu finansowania dla oddziałów wojewódzkich na poziomie 28,06%, najwyższy wzrost nastąpił w Podkarpackim OW NFZ (38,84%), następny w Świętokrzyskim OW NFZ (34,32%), natomiast najniższy – w Mazowieckim OW NFZ (20,22%). Największą różnicę w zakresie dynamiki wzrostu na niekorzyść Mazowsza odnotowano w roku 2012 – tylko 1,68%, przy średnim wzroście dla wszystkich województw na poziomie 6,39%. Średnia roczna dynamika wzrostu planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ, w częściach dotyczących kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2009-2016 wynosiła 7,01% i najwyższa była dla województwa podkarpackiego – 9,63%, a najniższa dla województwa mazowieckiego – 4,99% (dynamika wzrostu planów oddziałów wojewódzkich w latach 2009-2016 – załącznik nr 8). Wprowadzie skutki niekorzystnego dla Mazowsza działania algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ częściowo minimalizuje zwiększeniem środków z funduszu zapasowego dla Mazowieckiego OW NFZ. Skala środków uruchomionych z funduszu zapasowego w latach 2010-2016 w wysokości ponad 2 217 mln zł (ok. 30,9% środków uruchomionych z funduszu zapasowego w tym okresie) dowodzi jednak ogromnego niedofinansowania Mazowieckiego OW NFZ w ramach pierwotnego planu finansowego, wynikającego z podziału środków zgodnie z obowiązującym algorytmem. Niewystarczającą ilość środków finansowych potwierdza również wartość generowanych w podmiotach leczniczych nadwykonań.

Powyższe dane wyraźnie wskazują, na realną konieczność pokrywania, w minionych i najbliższych latach, niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - ponoszenia kosztów ich przekształceń lub likwidacji przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Należy zwrócić uwagę, że wzrost planu finansowego oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia uwzględnia również środki przeznaczone na pokrycie wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych. Pomimo, iż zostały one wykazane w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w planie finansowym Mazowieckiego OW NFZ nie przekładają się na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej a tym samym ograniczenie skali nadwykonań.

Na uwagę zasługuje również fakt, iż organy Województwa Mazowieckiego są bezsilne w ubieganiu się o zwiększenie finansowania dla Mazowieckiego OW NFZ, a prowadzona w tej sprawie z resortem zdrowia korespondencja, poparta stanowiskami Sejmiku Województwa Mazowieckiego, nie przynosi pożądanych efektów (załączniki nr 9-20). Również bez odpowiedzi

pozostaje stanowisko podjęte przez Radę Mazowieckiego OW NFZ (załącznik nr 21).

Wnioskodawcy znane są poglądy Trybunału Konstytucyjnego, iż „(...)samo zwiększenie zakresu zadań samorządu terytorialnego bez zmian w systemie finansowania nie przesądza jeszcze o niekonstytucyjności takiej regulacji, jeżeli dotychczasowe źródła dochodów pozwalają na wykonywanie wszystkich zadań publicznych”³⁴ oraz, że „Trybunał Konstytucyjny stoi na stanowisku, że to, iż dochody własne jednostek samorządu terytorialnego nie są wystarczające, aby optymalnie realizować wszystkie powierzone im zadania publiczne, nie może przesądzać o naruszeniu wynikającej z art. 167 Konstytucji zasady samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego, jeżeli ogólny poziom wszystkich dochodów publicznych nie zapewnia realizacji wszystkich zadań publicznych”³⁵ Jednak „Zasada adekwatności wyposażania samorządów w dochody w relacji do przypadających im zadań publicznych winna być interpretowana nie tylko w aspekcie odpowiedniej wydajności finansowej źródeł dochodów, lecz także adekwatności konstrukcji prawnych, określających źródła finansowania w relacji do rodzajów zadań samorządów(...)Wybór zatem sposobu finansowania obligatoryjnych zadań własnych to wybór modelu ustrojowego pozostający w gestii swobody politycznej ustawodawcy - tak długo, jak długo zadaniu można przypisać cechy zadania własnego”³⁶

Zadanie polegające na finansowaniu świadczeń gwarantowanych albo alternatywnie pokrycie deficytu lub likwidacja podmiotów leczniczych nosi cech zadania własnego województw, a co za tym idzie następstwem nałożenia tego rodzaju nowego zadania, zasadniczo powinno być zastosowanie innych instrumentów prawnych wyposażania samorządu w dochody, niż poszerzenie źródeł dochodów własnych.

Postulat innego - niż w odniesieniu do dochodów własnych i subwencji - podziału zasobów publicznych za pomocą dotacji na zadania zlecone wynika z odmiennego charakteru zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego i zadań zleconych z zakresu administracji rządowej.

W przypadku zadań zleconych mamy do czynienia z odpowiedzialnością solidarną władz centralnych i samorządowych za wykonywanie zadań zleconych. Te pierwsze odpowiadają politycznie i prawnie za zakres zadania zleconego oraz odpowiednie sprecyzowanie ustawowe sposobu i trybu wykonywania tego zadania, a także za wysokość i terminowość przekazywanej dotacji. Te drugie za sposób wykonywania zadania.³⁷

W przekonaniu Wnioskodawcy w przedmiotowej sprawie zachodzi ewidentna sprzeczność między cechami zadania, a skutkami odnoszonymi się do odpowiedzialności finansowej za jego wykonywanie. Ustawodawca nie tylko nie przewidział dotowania samorządu województwa z budżetu państwa, w związku z faktem zlecenia mu w drodze ustawy nowego zadania

³⁴ wyrok TK z dnia 8 kwietnia 2010 r., sygn. akt P 1/08

³⁵ por. wyrok TK z 7 czerwca 2001 r., sygn. akt K 20/00

³⁶ wyrok TK z dnia 25 lipca 2006 r., K 30/04

³⁷ T. Dębowska - Romanowska, *Prawne i pozaprawne uwarunkowania skuteczności gwarancji wynikających z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji [w:]* *Finanse komunalne a Konstytucja*, Warszawa 2012, s. 32

do wykonania, ale uznał, iż zbędnym jest wyrównanie uszczerbku w dochodach tego samorządu w ogóle.

Tym samym z budżetu województwa została obligatoryjnie wyłączona pewna część dochodów własnych, które służą finansowaniu zadania zleconego, tak jak zadania własnego. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wielokrotnie przywoływanym wyroku z dnia 25 lipca 2006, sygn. akt. K 30/04 *"Cena"* za takie całkowicie dowolne przypisanie do zadań własnych - zadania, które ze swej natury nie może być uznane za zadanie własne, jest m.in. niszczenie gwarancji finansowych dla samorządu - określonych w art. 167 Konstytucji" oraz *„(...)powoduje to, że konstytucyjny podział dochodów na te, które służą przede wszystkim zadaniom własnym, oraz te, które służą zadaniom zleconym, traci na znaczeniu”*.

Ponadto, jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny w ww. wyroku: *„Są jeszcze inne konstytucyjne względy ograniczające swobodę ustawodawcy. Wiążą się one z wymaganiami przejrzystości i jawności ustroju finansów publicznych państwa (...) Takie właśnie przesłanki legły m.in. u podstaw gwarancji zawartych w art. 167 ust. 4 Konstytucji, który mówi o odpowiedzialności państwa za skutki finansowe zmian zadań i kompetencji.”*

W tym miejscu Wnioskodawca pragnie przywołać zapisy ustawy o finansach publicznych, wskazując w szczególności na regulacje zawarte w art. 44 tej ustawy, które określają zasady dokonywania wydatków ze środków publicznych. Zgodnie z art. 44 ust.1 cyt. ustawy wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w: ustawie budżetowej, uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego, planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Ponadto jednostki sektora finansów publicznych dokonują wydatków zgodnie z przepisami dotyczącymi poszczególnych rodzajów wydatków oraz w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Z brzmienia ust. 3 pkt 1 tego przepisu wynika natomiast, iż wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny.

Zgodnie ze stanowiskiem doktryny w tym przedmiocie, pod pojęciem „celowości dokonywania wydatków” należy rozumieć zapewnienie zgodności działań jednostki w zakresie dokonywania wydatków z jej celami statutowymi, optymalizację zastosowanych metod i środków, ich adekwatności dla osiągnięcia założonych celów oraz przyjętych kryteriów oceny realizacji celów i zadań. Jest to wybór przez dysponenta środków publicznych takiego sposobu finansowania zadań, który prowadzi do najbardziej efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. „Celowość” oznacza też nakaz gromadzenia i wydatkowania publicznych środków pieniężnych jedynie dla osiągnięcia wytyczonego celu społecznego, gospodarczego lub politycznego państwa. Wynika z niej jednocześnie zakaz wprowadzania takich ciężarów publicznych i wydatków publicznych, które nie są związane z powinnościami państwa. Wydatki ze środków publicznych podlegają również planowaniu. „Planowość” w procesie dysponowania

środkami publicznymi wyraża wymóg ujmowania procesów gromadzenia i wydatkowania publicznych środków pieniężnych w ramy planów finansowych. Należy mieć zatem na uwadze, że wydatek ze środków publicznych musi być dokonany na podstawie konkretnego tytułu prawnego, tj. zgodnie z przepisami dotyczącymi poszczególnych rodzajów wydatków. Upoważnienie (podstawę prawną) do dokonywania wydatków publicznych stanowi m.in. plan finansowy jednostki sektora finansów publicznych.

Wydatkowanie środków publicznych wbrew zasadom określonym w art. 44 ustawy o finansach publicznych o skutkuje odpowiedzialnością za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Zgodnie bowiem z treścią art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych³⁸ naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest dokonanie wydatku ze środków publicznych bez upoważnienia określonego ustawą budżetową, uchwałą budżetową lub planem finansowym albo z przekroczeniem zakresu tego upoważnienia lub z naruszeniem przepisów dotyczących dokonywania poszczególnych rodzajów wydatków.

Powyższe, nakazuje przyjąć, iż art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej są niezgodne z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP.

Organizowanie i finansowanie opieki zdrowotnej jest zadaniem władz centralnych, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową osobą prawną i jednostką sektora finansów publicznych, powołaną do realizacji zadań publicznych. Tymczasem to na samorząd terytorialny, w tym Samorząd Województwa Mazowieckiego, pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego, został przerzucony obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne. Uznać zatem należy, iż wprowadzone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapisy art. 9a i art. 9b, stanowią naruszenie fundamentalnych zasad obowiązujących w demokratycznym państwie prawnym, w szczególności prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia jednostkom samorządu terytorialnego udziału w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań. Nakładanie zaś na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku zakupu świadczeń opieki zdrowotnych jest nieuzasadnionym obciążeniem finansowym.

Mając na względzie powyższe, zdaniem Wnioskodawcy, przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 59

³⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 168 z późn. zm.

ustawy o działalności leczniczej są niezgodne z art.16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji RP 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, co czyni niniejszy wniosek uzasadnionym.

Marszałek Województwa

Adam Struzik

Załączniki:

1) załączniki wymienione we wniosku:

- załącznik nr 1 - uchwała nr 28 /17 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 28 lutego 2017 r.,
- załącznik nr 2 - Wartości niezapłaconych nadwykonań (stan na dzień 31.12.2016 r.),
- załącznik nr 3 - Zestawienie umów dot. sfinansowanych przez Województwo Mazowieckie w latach 2015-2016 programów polityki zdrowotnej,
- załącznik nr 4 - Zestawienie wartości pokrytych przez Województwo Mazowieckie ujemnych wyników finansowych podmiotów leczniczych w latach 2013-2015,
- załącznik nr 5 - Zobowiązania przejęte przez Województwo Mazowieckie w związku z przekształceniem spzo-ów w spółki w latach 2013-2015,
- załącznik nr 6 - Pożyczki udzielone podmiotom leczniczym oraz spłaty z tytułu uruchomionych poręczeń dokonanych przez Województwo Mazowieckie w latach 2010 – 2015 z podziałem na poszczególne jednostki,
- załącznik nr 7 – Dopłaty do kapitału spółek prowadzących działalność leczniczą w latach 2013-2016 na pokrycie strat,
- załącznik nr 8 - Plany ostateczne oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z dynamiką wzrostu w latach 2009-2016,
- załącznik nr 9 - uchwała nr 193/11 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 19 grudnia 2011 r.,
- załącznik nr 10 - uchwała nr 177/12 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 12 lipca 2012 r.,
- załącznik nr 11 - uchwała nr 178/12 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 12 lipca 2012 r.,
- załącznik nr 12 - uchwała nr 239/12 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 23 listopada 2012 r.,
- załącznik nr 13 - uchwała nr 240/12 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 23 listopada 2012 r.,
- załącznik nr 14 - uchwała nr 131/13 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 15 lipca 2013 r.,
- załącznik nr 15 - uchwała nr 186/14 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 7 lipca 2014 r.,
- załącznik nr 16 - uchwała nr 213/14 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 3 listopada 2014 r.,
- załącznik nr 17 - uchwała nr 15/14 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 15 grudnia 2014 r.,
- załącznik nr 18 - uchwała nr 66/16 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 16 maja 2016 r.,
- załącznik nr 19 - uchwała nr 218/16 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 19 grudnia 2016 r.,
- załącznik nr 20 – uchwała nr 219/16 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 19 grudnia 2016.,
- załącznik nr 21 - stanowisko Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 22 czerwca 2016 r.(wydruk ze strony internetowej: www.nfz-warszawa.pl);

2) 5 egzemplarzy wniosku wraz z załącznikami.