

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**
z dnia2008 r.
**w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie
świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§1.

Ustala się ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące [załącznik do rozporządzenia](#).

§2.

1. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ustalone w niniejszym rozporządzeniu stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych lub zmienianych po dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.
2. Postanowienia umów, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów rozporządzenia obowiązują do czasu ich zmiany, nie dłużej niż do 31 grudnia 2008 r.

§3.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 30 marca 2008 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz.1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64 poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 137 ust. 9 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 i z 2005 r. Nr 94, poz. 788), zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z art. 137 ust. 1 Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki udzielanie tych świadczeń. Projekt ten podlega uzgodnieniu z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy (art. 137 ust. 6). Projekt ten stanowi podstawę wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia z art. 137 ust. 9 ustawy o świadczeniach, po dokonaniu przez Ministra jego przeglądu pod względem zgodności z

przepisami prawa.

Załącznik do projektowanego rozporządzenia stanowi ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt ogólnych warunków został uzgodniony zgodnie z przepisami prawa, w trybie określonym ustawą.

Projekt ogólnych warunków umów zawiera regulacje dotyczące warunków udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiedzialności świadczeniodawcy, kontroli realizacji umów i kar umownych oraz zasad rozwiązywania umów i rozpatrywania sporów powstałych na tle ich realizacji.

Obecnie powyższe kwestie regulowane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Załącznik do tego rozporządzenia, zawierający ogólne warunki umów uległ zmianom, znajdującym swe uzasadnienie w zmianie stanu prawnego (ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. Nr 166, poz. 1172) oraz w konieczności usprawnienia procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Znaczna część postanowień, zawartych w OWU stanowi powtórzenie rozwiązań przyjętych w obecnie obowiązującej regulacji, jednakże ze względu na wygaśnięcie aktualnie obowiązującego rozporządzenia z dniem 29 marca 2008 r. w wyniku zmiany przepisu stanowiącego podstawę prawną jego wydania, tj. art. 137 ust. 10 ustawy, istnieje konieczność wydania nowego rozporządzenia (nie zaś zmiany obecnie obowiązującego).

Zmianie w § 1 uległ pkt 9, zawierający definicję poświadczenia. Z uwagi na wprowadzone ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw zmiany w art. 51 oraz 53 ustawy, niecelowe stało się odesłanie do przepisu art. 52 powyższej ustawy.

W § 2 ogólnych warunków umów, dotyczącym przedmiotu umów wprowadzono zmiany o charakterze techniczno-redakcyjnym. W związku ze zmianami ustawowymi, odano jednakże do katalogu ratownictwo medyczne. Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu wojewodów, natomiast świadczenia SOR ze środków NFZ, działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego ze środków MZ

W § 4 zrezygnowano z przepisów dotyczących zastrzeżenia w umowach ze świadczeniodawcami obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy. Obecnie kwestie te regulowane są na poziomie ustawowym. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. nowelizująca ustawę o świadczeniach, w art. 136b wprowadziła przepis, zgodnie z którym świadczeniobiorca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Obecnie szczegółowy zakres tego ubezpieczenia, termin powstania obowiązku oraz minimalną sumę gwarancyjną określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 3, poz. 10), wydane na podstawie delegacji ustawowej z art. 136b ustawy.

Zmiany w § 10 dają prawne podstawy usprawniające współpracę pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami, przy wykorzystaniu w tym zakresie techniki informatycznej.

W § 11 w ust. 4, dotyczącym informacji umieszczanej przez świadczeniodawcę wewnątrz budynku siedziby dodano informację dotyczącą miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców. W ocenie projektodawcy, taka zmiana zapewni lepszy dostęp do świadczeń i jest korzystna dla pacjentów.

W § 13 w ust. 5 doprecyzowano, iż świadczeniodawca prowadzi listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą i przepisami wydanymi na jej podstawie. Przepis ten potwierdza obowiązki świadczeniodawców, wynikające z ustawy o świadczeniach oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania

dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 250, poz. 1884).

Zasadniczej zmianie uległ § 15 ogólnych warunków umów dotyczący wyceny świadczeń. W projekcie utrzymano ogólną zasadę, iż wycena poszczególnych świadczeń lub odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniana jest przez strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 oraz 159 ustawy o świadczeniach. Doprecyzowano jednakże, na poziomie przepisów rozporządzenia, mechanizm wyceny, wskazując, iż wyceny będzie dokonywał Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, biorąc pod uwagę uzasadnione koszty udzielania świadczenia i zapewnienia gotowości jego udzielenia przez świadczeniodawców, jednakże dodatkowo określono, iż do ustalenia tych kosztów zastosowanie będą miały w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194). Jednocześnie jednoznacznie wskazano, iż Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje ze świadczeniodawcami w zakresie ustalania uzasadnionych kosztów świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach. Projektowane regulacje pozwolą uniknąć niejednoznaczności, funkcjonujące obecnie w kwestii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapobiegają przed nieuzasadnioną ewentualną arbitralnością w dokonywaniu wyceny.

W § 17 dodano w ust. 4 oraz 5 dokonano zmian, mających na celu sprawniejsze rozliczenie kosztów kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji).

W § 18 zrezygnowano z obecnego brzmienia ust. 7 i 8, dotyczących rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji oraz świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 54 ustawy o świadczeniach. Doprecyzowano, iż rozliczenie kosztów pierwszej kategorii osób odbywać się będzie, stosownie do przepisów o koordynacji – na podstawie formularza E 125, natomiast w stosunku do osób z art. 54 ustawy oraz innych osób korzystających ze świadczeń finansowanych z budżetu państwa, należność z tytułu realizacji tych świadczeń będzie określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych kategorii osób. Proponowane rozwiązanie uzasadnione jest odrębnym trybem finansowania tych świadczeń (z dotacji przekazywanej przez Ministra Zdrowia dla NFZ). Zmiany w § 18 w ust. 6, dotyczące rozliczeń kosztów koordynacyjnych implikują również konieczność zmian w § 19 ust. 2 i 3.

Zmiany zaproponowane w § 20 oraz 21 prowadzą do odstąpienia od obecnie obowiązującej regulacji, zgodnie z którą strony umowy mogą dokonywać zmian zawartych umów polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń.

Wprowadzony w § 24 w ust. 2 mechanizm rozliczenia kosztów świadczeń finansowanych z budżetu państwa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, ze zm.) dotyczy tylko kwestii technicznych związanych z rozliczeniem tych świadczeń, które będą kontraktowane przez Fundusz i finansowane z dotacji przekazywanej przez wojewodów.

Zmiany dokonane w § 28 doprecyzowują mechanizm zwrotu nienależnie wypłaconych przez Fundusz środków finansowych na realizację świadczeń.

W projekcie zrezygnowano z dotychczasowego rozdziału, dotyczącego zasad gromadzenia i przekazywania danych o świadczeniach, albowiem kwestie te uregulowane są wystarczająco na poziomie ustawowym.

W kwestii dotyczącej kar umownych, najistotniejszą jest zmiana w § 29 ust. 1 pkt 2, poprzez dodanie lit. f i g, umożliwiającej nałożenia kary umownej na świadczeniodawcę w wysokości 1% kwoty zobowiązania w przypadku nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenie tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa oraz w przypadku nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Projektowane rozporządzenie będzie oddziaływało na Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców.

2. Konsultacje społeczne.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany do następujących podmiotów: marszałków województw, Związku Powiatów Polskich, Związku Miast Polskich, stronie samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, organizacji związkowych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) - został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych.

Projektowane rozporządzenie nie wywoła skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na ochronę zdrowia ludności poprzez wprowadzenie stabilnych ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, umożliwiających sprawniejsze rozliczanie kosztów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało istotnego wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Projektowane rozporządzenie nie dotyczy regulacji objętych prawem Unii Europejskiej.