

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 w ust. 1 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”;
- 2) w załączniku do rozporządzenia:
 - a) w § 1:
 - pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) planie rzeczowo-finansowym - rozumie się przez to wykaz objętych umową, o której mowa w pkt 14, zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, zakresów obejmujących profile systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428.

kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowiący załącznik do umowy;”

– po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) ryczałcie systemu zabezpieczenia - ryczałt, o którym mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2;”

– pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) umowie - rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;”

– pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.”

b) w § 6 w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, lub”

c) w § 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia - także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.”

d) po § 10 dodaje się § 10a w brzmieniu:

„§ 10a. Świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318):

a) historii choroby - w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego szpital,

b) historii zdrowia i choroby - w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej.

e) w § 12 ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. Osoby uprawnione na podstawie art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których

jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę.

9. Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. ”,

- f) w § 16 w ust. 1 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) ryczałt systemu zabezpieczenia.”,

- g) po § 19 dodaje się § 19a w brzmieniu:

„§ 19a. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania stanowiącego iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania.

2. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany.

3. Należność, o której mowa w ust. 1, obejmuje koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.”,

- h) w § 30:

– w ust. 1:

– – w pkt 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuj brzmienie:

„do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku: ”,

– – w pkt 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, o którym mowa w lit. a - h, w przypadku:”,

- i) po § 33 dodaje się § 33a w brzmieniu:

„§ 33a. Do umów, o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, nie stosuje się przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20-22 i § 32 w odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia.”,

- j) w § 38 w pkt 1 wyraz „przedsiębiorstwie” zastępuje się wyrazami „zakładzie leczniczym”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. d, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „projektem OWU”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn.zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwanego dalej „rozporządzeniem OWU”, wynika z wejścia w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), zwanej dalej „ustawą o sieci szpitali”.

Ustawa o sieci szpitali wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, który będzie główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Do PSZ zostaną włączone świadczenia z zakresu:

- 1) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 2) rehabilitacji leczniczej;
- 3) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych;
- 4) programów lekowych oraz chemioterapii;
- 5) świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Powyższe powoduje konieczność dostosowania rozporządzenia OWU do nowego modelu systemu opieki zdrowotnej m.in. przez dodanie warunków umów odnoszących się do sposobu rozliczania świadczeń w PSZ, czy też wprowadzenie nowych definicji i modyfikacje już obowiązujących definicji.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z przyjętymi w ustawie o sieci szpitali rozwiązaniami, będzie zawierana w innym trybie niż dotychczas. Prawo zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, będą mieli świadczeniodawcy

zakwalifikowani do poszczególnych poziomów PSZ przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, po zbadaniu, czy świadczeniodawca spełnia kryteria określone w ustawie o sieci szpitali i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163), i ujęciu ich w wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ. Ponadto w ramach kwalifikacji danemu szpitalowi zostaną wskazane profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których będzie on mógł udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ.

Jednocześnie obok kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zachowany zostanie dotychczasowy tryb zawierania umów o udzielanie tych świadczeń, na zasadzie konkursów ofert lub rokowań. Zawieranie umów na realizację świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie konkursu ofert lub rokowań pozostanie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie przeprowadzać konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone, uwzględniając posiadane środki finansowe i w oparciu o sporządzony plan zakupu świadczeń dla danego województwa.

W związku z tymi rozwiązaniami jest konieczna modyfikacja definicji umowy, tak aby uwzględniała również umowę zawieraną w ramach PSZ.

Konsekwencją wprowadzenia nowego rodzaju umowy o udzielanie świadczeń oraz przede wszystkim innych zasad jej zawierania i rozliczania jest konieczność:

- 1) wskazania, które z obowiązujących przepisów rozporządzenia OWU nie mają zastosowania do umów zawieranych w ramach PSZ (projektowany § 33a);
- 2) dodanie nowych przepisów (projektowany przepis § 1 pkt 11a, § 16 ust. 1 pkt 4, § 19a);
- 3) zmiana obowiązujących przepisów (projektowany § 1 pkt 7, § 17 i § 30 ust. 1).

Przepisy rozporządzenia OWU, w których jest mowa o umowie, będą odnosić się do wszystkich umów - zarówno zawieranych w trybie konkursu ofert i rokowań oraz w trybie art. 159a ustawy. Inaczej mówiąc, umowy zawierane w ramach PSZ będą podlegały wszelkim zasadom dotyczącym ogółu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynikającym z ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia OWU, z wyjątkiem sposobu

rozliczania kosztów świadczeń oraz ustalania kwoty zobowiązania, które zostały uregulowane na poziomie ustawy. Takie też było ratio legis ustawy o sieci szpitali, w uzasadnieniu do której czytamy: „Umowy zawarte w trybie przewidzianym w projektowanym art. 159a ustawy będą podlegały wszelkim zasadom dotyczącym ogółu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikającym z ustawy oraz przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, z wyjątkiem sposobu rozliczania kosztów świadczeń, uregulowanego w art. 136c. ”.

Dlatego też, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach PSZ i rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia nie będzie się stosować:

1) części przepisów *rozdziału 3 Sposób finansowania świadczeń* z uwagi na to, że zgodnie z ustawą o sieci szpitali finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do PSZ będzie oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym (uwzględniającym odpowiednie wskaźniki dotyczące struktury udzielanych świadczeń) obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w PSZ, np. łącznie ambulatoryjne leczenie specjalistyczne i leczenie szpitalne (z wyłączeniem świadczeń odrębnie finansowanych). Przyjmując ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, odstąpiono bowiem od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym. W związku z wprowadzeniem przez ustawę o sieci szpitali ryczałtowej formy rozliczania kosztów świadczeń, konieczne jest:

- a) dodanie definicji ryczałtu systemu zabezpieczenia,
- b) nowelizacja § 16 ust. 1 rozporządzenia OWU,
- c) dodanie § 19a regulującego sposób obliczania należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez szpital zakwalifikowany do PSZ rozliczający się na podstawie ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres sprawozdawczy. Okresem sprawozdawczym, tak jak wynika to z obecnego brzmienia rozporządzenia OWU będzie miesiąc. Tak więc, jeżeli okres rozliczeniowy wynosiłby rok przekazywanie należności będzie następować co miesiąc w wysokości 1/12 kwoty zobowiązania. Natomiast zaproponowana regulacja przepisu § 19 ust. jest powtórzeniem zasady wyrażonej w § 18 ust. 5 rozporządzenia OWU, w odniesieniu do świadczeń finansowanych ryczałtem systemu zabezpieczenia; d) zmiana przepisów odnoszących się do wysokości i sposobu naliczania kar umownych, z uwagi na to, że w

umowach, o których mowa w art.159 a, stosownie do art. 136 ust. 2, będzie określona jedna kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy bez podziału na zakresy. W związku z tym przewidywane kwoty ryczałtu systemu zabezpieczenia dla konkretnego świadczeniodawcy będą wysokie, co w konsekwencji będzie oznaczać również wysokie kary umowne, gdyż podstawą naliczenia kar umownych jest kwota zobowiązania. W niektórych przypadkach z uwagi na to, że ryczałt systemu zabezpieczenia nie będzie określał kwoty finansowania dla poszczególnych profili lub zakresów nie będzie możliwości na podstawie obowiązujących przepisów odnoszących się do kar umownych, obliczyć wysokości tej kary. W związku z powyższym proponuje się:

- w § 30 ust. 1 pkt 2 wysokość kary umownej obniżyć do 1% (z 2%),

- w § 30 ust. 1 pkt 2 i 3 zrezygnować z naliczania kary na podstawie kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu i jako podstawę naliczenia kary umownej przyjąć kwotę zobowiązania;

2) przepisów *rozdziału 5 Tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok*, również z uwagi na ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń. Ryczałt systemu zabezpieczenia ustalany będzie na okres rozliczeniowy określony w umowie ze świadczeniodawcą, nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Zasady ustalania wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy będą wynikać z ustawy o sieci szpitali oraz z aktów wykonawczych. Należy jednak wskazać, że wyłączone przepisy będą miały natomiast zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, dla których ustalono odrębny sposób finansowania w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z podmiotami zakwalifikowanymi do PSZ. Świadczenia te zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225) i będą rozliczane na dotychczasowych zasadach.

Zmiana definicji planu rzeczowo-finansowego wynika z wprowadzenia ustawą o sieci szpitali, profili PSZ w ramach poziomów PSZ, tj. profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

W ramach kwalifikacji danemu szpitalowi wskazane zostaną także (art. 95m ustawy o świadczeniach) zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których będzie on mógł udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ.

Natomiast w dodawanym § 10a projektu OWU, nakłada się na świadczeniodawców obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318). Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej będzie dotyczył w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego szpital - historii choroby, a w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej - historii zdrowia i choroby.

Z obowiązkowi tego zostali wyłączenia świadczeniodawcy realizujący umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonujący działalność leczniczą jako praktykę indywidualną.

Należy wskazać, że obowiązek ten nie dotyczy dokumentów stanowiących elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599).

Zakłada się wejście w życie tego przepisu z dniem 1 stycznia 2019 r., z uwagi na konieczność przygotowania świadczeniodawców do realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Obowiązek ten powinien wejść w życie po odpowiednim okresie *vacatio legis*, pozwalającym na dokonanie przez świadczeniodawców zmian w posiadanych zasobach organizacyjnych i technicznych umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej w wymaganej formie.

Wprowadzenie powyższego przepisu ma na celu upowszechnienie stosowania przez świadczeniodawców postaci elektronicznej dla prowadzonej dokumentacji medycznej. Zauważyć bowiem należy, że ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia nakłada na świadczeniodawców obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w dość bliskiej perspektywie czasowej. Powyższe rozwiązanie wprowadzi zatem mechanizm stopniowego zwiększania poziomu informatyzacji systemów lokalnych świadczeniodawców, co z kolei przełoży się na prawidłowe przygotowanie świadczeniodawców do wypełniania obowiązków ustawowych w obszarze elektronicznej dokumentacji medycznej.

W obecnie obowiązującym rozporządzeniu OWU jest zawarte pojęcie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które zgodnie z art. 40 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie

ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960), z dniem wejścia w życie ww. ustawy stały się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych. W związku z tym konieczne jest dostosowanie brzmienia przepisów do aktualnie obowiązującego nazewnictwa.

Wejście w życie projektu rozporządzenia z dniem 1 października 2017 r. jest niezbędne do dopełnienia całości regulacji dotyczących PSZ, i realizacji umów zawieranych w ramach tego systemu na okres od 1 października 2017 r.

Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowania mikroprzedsiębiorców, oraz małych i średnich przedsiębiorców, ponieważ projektowane zmiany legislacyjne nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej. Projektowana regulacja oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ i dostosowuje wyłącznie regulacje rozporządzenia OWU do przepisów wprowadzonych ustawą o sieci szpitali. Wprowadzane regulacje odnośnie obliczania należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie odbiegają istotnie od obecnie obowiązujących zasad i w związku z tym nie powinny utrudniać funkcjonowania świadczeniodawców. Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt nie wymagał przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.