Projekt z dnia 29.10.2026 r.

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia …….. 2026 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 2025 r. poz. 1461, 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 2026 r. poz. 712, 863, 1137 i 1409) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3c w pkt 2 wyrazy „31 grudnia 2026 r.” zastępuje się wyrazami „31 grudnia 2027 r.”;
2) w załączniku do rozporządzenia:
   a) w § 1 po pkt 11a dodaje się pkt 11b w brzmieniu:
      „11b) ryczałcie dostępności terytorialnej – określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub na zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie wyliczaną dla świadczeniodawców, którzy posiadają miejsce udzielania świadczeń ujęte w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej, określonej na podstawie art. 95a ust. 1 w zw. z art. 95a ust. 3 ustawy, oznaczone jako niezbędne ze względu na dostępność czasową;”,
   b) w § 2 w ust. 1 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
      „2a) powiatowe centra zdrowia;”,
   c) w § 16 w ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
      „5) ryczałt dostępności terytorialnej.”,
   d) po § 19a dodaje się § 19b w brzmieniu:

---

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

„§ 19b. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem dostępności terytorialnej należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego;
2) wynoszącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

2. Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, z wyjątkiem umów w rodzaju świadczeń ratownictwo medyczne.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, może być określona w odrębnym rachunku.

4. Świadczeniodawca na wniosek Funduszu przedstawia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3, w celu ich weryfikacji.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM
Joanna Stankiewicz
Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U Z A S A D N I E N I E

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), na mocy którego zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem OWU".

W załączniku do rozporządzenia OWU przewidziano następujące zmiany:

1) wprowadzono nowy rodzaj umów, tj. umowy w rodzaju powiatowe centra zdrowia;
2) w celu zapewnienia odpowiedniego finansowania świadczeniodawców zakwalifikowanych do schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (SZOS), którzy posiadają miejsce udzielania świadczeń ujęte w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej, określonej na podstawie art. 95a ust. 1 w zw. z art. 95a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określone jako niezbędne ze względu na dostępność czasową, dodano nowy sposób finansowania tych świadczeń, tj. ryczałt dostępności terytorialnej. Wskazani świadczeniodawcy będą mieli zapewnione minimalne ryczałtowe finansowanie pozwalające na pokrycie kosztów udzielania świadczeń danego zakresu. W odniesieniu do nowej formy rozliczenia w projekcie zostały określone rozwiązania analogiczne do uregulowań przewidzianych w przepisach § 19 i § 19a załącznika do rozporządzenia OWU, dotyczące zasad rozliczania należności, z uwzględnieniem specyfiki projektowanego sposobu finansowania. Wysokość ryczałtu dostępności terytorialnej określi Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Ponadto proponowana zmiana w § 3c pkt 2 rozporządzenia OWU ma na celu przedłużenie do dnia 31 grudnia 2027 r. okresu, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie nakładał kar umownych na świadczeniodawców z tytułu braku lekarza systemu w obsadzie specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, zwanego dalej „ZRM S", pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej trzech osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Przedłużenie tego rozwiązania ma charakter przejściowy i służy uniknięciu dodatkowego obciążenia finansowego świadczeniodawców w warunkach utrzymujących się trudności z zatrudnieniem lekarzy systemu, do czasu wypracowania docelowego modelu funkcjonowania ratownictwa pozaszpitalnego.

Z analiz, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, wynika, że w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 1 września 2026 r. obsada lekarska w ZRM S była zapewniona na poziomie 58,5%. Na dzień 1 września 2026 r. funkcjonowało 195 ZRM S, przy czym obsadę lekarską ma około 114 z nich. W dalszym ciągu występuje zatem znaczny niedobór lekarzy spełniających wymagania przewidziane dla lekarza systemu i gotowych do podjęcia pracy w zespołach ratownictwa medycznego. Należy przy tym podkreślić, że o ile w zespołach ratownictwa medycznego większość zadań lekarzy systemu może być wykonywana przez ratowników medycznych lub pielęgniarki systemu, o tyle w szpitalnych oddziałach ratunkowych zastąpienie lekarzy nie jest możliwe bez ryzyka zakłócenia funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Za przedłużeniem okresu niestosowania kar umownych przemawia potrzeba zapewnienia dalszego funkcjonowania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w liczbie określonej w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ograniczenia ryzyka obciążeń finansowych dysponentów tych zespołów w warunkach obiektywnych trudności z pozyskaniem lekarzy systemu. Przedłużenie tego okresu pozwoli również na wypracowanie docelowych rozwiązań określających rolę lekarza systemu w przedszpitalnym ratownictwie medycznym. Analiza zmian kadrowych wynikających z wejścia w życie nowych przepisów oraz danych dotyczących rzeczywistej obsady specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego pozwoli ocenić zasadność nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141) oraz określić ewentualny zakres zmian.

Przewiduje się, że projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461, z późn. zm.), w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. W związku z tym, że przedmiotowy projekt wprowadza zmiany, które będą mieć wpływ na sposób rozliczenia zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, konieczne jest jak najszybsze wejście w życie niniejszej regulacji, aby zapewnić wdrożenie nowych rozwiązań. Zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją na przeszkodzie zaproponowanemu rozwiązaniu.

Projektowana zmiana nie wymaga wprowadzenia przepisów przejściowych.

Projektowane regulacje nie pogorszą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych należących do kategorii mikro-, małych i średnich oraz dużych przedsiębiorstw, w związku z przedłużeniem terminu odstąpienia od nakładania kar umownych. Przedłużenie abolicji wykluczy nakładanie kar umownych na świadczeniodawców z tytułu braku lekarza w obsadzie ZRM S, pozwalając na uniknięcie dodatkowego obciążenia finansowego.

Zakres regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych 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, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projektowane rozwiązanie nie zmienia podstaw prawnych przetwarzania danych osobowych ani nie wprowadza nowych kategorii danych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

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