

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

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.<sup>2)</sup>) 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 występujący dwukrotnie 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 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 kwot zobowiązania

---

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> 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.

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

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

„11a) ryczałcie systemu zabezpieczenia - rozumie się przez to kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem objętych tą umową świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy;”;

- 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 bądź 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. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

2. Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, o której mowa w ust. 1, dotyczy dokumentacji indywidualnej wewnętrznej i dokumentacji zbiorczej, z wyłączeniem 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).”;

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

„8. Osoby uprawnione na podstawie art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorecy 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 świadczeniobiorecy, 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) po § 33 dodaje się § 33a w brzmieniu:

„§ 33a. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia, 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.”,

- i) 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 po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym

11. 08. 2017

PODSEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

P. Piotr Gryza

M. C. S.  
10. 08. 2017 r.

DYREKTOR  
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

Tomasz Pawłęga

10. 08. 2017  
ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

## 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. poprzez 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 PZS. Ponadto w ramach kwalifikacji danemu szpitalowi zostanie wskazane zostaną 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 przeprowadzać będzie 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 koniecznym jest 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 ich zawierania i rozliczania jest konieczność:

- 1) wskazania, które z obowiązujących przepisów 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 i, § 17).

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, koniecznym 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;

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 wydany 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, nakłada się na świadczeniodawców obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w rozporządzeniu z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069). Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, o której mowa w ust. 1, dotyczy zarówno dokumentacji indywidualnej wewnętrznej jak i dokumentacji zbiorczej, jednakże takiej, która nie stanowi elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z późn. zm.). Zakłada się wejście w życie tego przepisu po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia, z uwagi na konieczność przygotowania świadczeniodawców do realizacji obowiązku prowadzenia przez dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Obowiązek ten powinien wejść w życie po odpowiednim okresie *vacatio legis*. Wprowadzony w treści nowelizacji 14 dniowy termin *vacatio legis* może bowiem stanowić zbyt krótki okres czasu niezbędnego do dokonania 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.

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.