

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 września 2020 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 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493) 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 2020 r. poz. 320, 437, 547 i 696) w załączniku do rozporządzenia wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.”;

2) w § 7 ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na wniosek świadczeniodawcy, po uzyskaniu zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę. Brak odpowiedzi na wniosek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania oznacza jego pozytywne rozpatrzenie. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, przed upływem tego terminu, po poinformowaniu o tym wnioskodawcy, wydłużyć

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470).

termin rozpatrzenia wniosku o kolejne 7 dni. Brak odpowiedzi na wniosek w wydłużonym terminie oznacza jego pozytywne rozpatrzenie.

4. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wydania zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń lub pomieszczenia nie spełniają wymagań, o których mowa w ust. 1.”;

3) w § 9 ust. 2–5 otrzymują brzmienie:

„2. Świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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.

3. Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 2, wymaga zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, w przypadku ambulatoryjnych świadczeń termin ten wynosi 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

5. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.”;

4) w § 10 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dokonanie zgłoszenia, o którym mowa w § 6 ust. 2, złożenie wniosku, o którym mowa w § 7 ust. 3, lub powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w ust. 1, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 i § 9 ust. 2 i 5.”;

- 5) w § 11 w ust. 4:
- a) w pkt 10 skreśla się wyrazy „oddziału wojewódzkiego”,
 - b) pkt 10a otrzymuje brzmienie:
„10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;”;
- 6) w § 13 w ust. 6 wyrazy „oddziału wojewódzkiego” zastępuje się wyrazem „Prezes”;
- 7) w § 17:
- a) w ust. 2 wyrazy „oddział wojewódzki Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”,
 - b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
„3. Liczbę świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustaloną w sposób określony w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do Prezesa Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Prezes Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o potwierdzonej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką oraz szablon rachunku. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.”;
- 8) w § 19 ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„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.”;
- 9) w § 20:
- a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„W przypadku zawarcia z Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego Funduszu, umów na co najmniej dwa z następujących rodzajów świadczeń:”;
 - b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia z Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego Funduszu, co najmniej dwóch umów na ten sam rodzaj świadczeń.”;

10) w § 21 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.”;

11) w § 23 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiemu Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.”;

12) użyte w § 24 w ust. 1, 3 i 5, w § 25 oraz w § 26 w ust. 2–4 wyrazy „oddział wojewódzki Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”;

13) w § 24 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż okres sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 7 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymagań, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.”;

14) w § 28 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. W przypadku gdy obowiązek zwrotu środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest obowiązany złożyć Funduszowi korygujące dokumenty rozliczeniowe.

3. W przypadku zakończenia procedury, o której mowa w art. 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania zwrotu środków finansowych przez

świadczeniodawcę, Fundusz dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.”;

15) w § 29:

a) w ust. 5 wyrazy „dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”,

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku zakończenia procedury, o której mowa w art. 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania wpłaty środków przez świadczeniodawcę, Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.”;

16) w § 31a wyrazy „Oddział wojewódzki Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”;

17) w § 32:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, przedstawia świadczeniodawcy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę albo Prezes Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej. ”,

b) w ust. 6 wyrazy „oddział wojewódzki Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”;

18) w § 33a w ust. 2 wyrazy „dyrektor oddziału wojewódzkiego” zastępuje się wyrazem „Prezes”;

19) § 34 i § 35 otrzymują brzmienie:

„§ 34. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on obowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którymi zawarł umowę,

nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od dnia dokonania tych zmian informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o dokonaniu zmian.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, który wyznacza świadczeniodawcy termin do jej usunięcia, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkody w wyznaczonym terminie lub niemożności jej usunięcia Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, może rozwiązać umowę w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.”;

20) w § 36:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:”;

– w pkt 6 skreśla się wyrazy „oddziału wojewódzkiego”;

b) ust. 3 i 4 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku nieusunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, w wyznaczonym terminie, Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu związane z obowiązkiem usunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.”;

21) w § 37 wyrazy „oddział wojewódzki Funduszu” zastępuje się wyrazem „Fundusz”;

22) w § 40 w ust. 3 wyrazy „oddziału wojewódzkiego Funduszu” zastępuje się wyrazami „Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę”;

23) w § 42 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależnym wykonywaniu umowy, Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie okresu wypowiedzenia.”.

§ 2. Na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. może zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisu § 1 pkt 5 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1 nie stosuje się.

§ 3. 1. Na wniosek świadczeniodawcy, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w § 18 ust. 1 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, może być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

2. Przepis ust. 1 stosuje się do należności za świadczenia, których świadczeniodawca zaprzestał udzielać w związku z zakazem wykonywania określonej działalności leczniczej na obszarze czerwonym, o którym mowa w przepisach wydawanych na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.²⁾), lub w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się nie później niż w terminie 9 dni od dnia, w którym ten zakaz przestał obowiązywać świadczeniodawcę.

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

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374, 567, 875 i 1493.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Projektowane rozporządzenie 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 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany projektowanego rozporządzenia wynikają ze zmian wprowadzonych ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), która wprowadza znaczące zmiany w zakresie kompetencji organów Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, a co za tym idzie konieczność zmian w aktach wykonawczych do ustawy o świadczeniach.

W konsekwencji powyższych zmian, nowelizowane rozporządzenie wprowadza zmiany polegające na wskazaniu jako organu właściwego – Prezesa NFZ, w miejsce dotychczas wyłącznie występującego dyrektora oddziału wojewódzkiego oraz na zastąpieniu oddziału wojewódzkiego NFZ – Narodowym Funduszem Zdrowia rozumianym jako oddział lub centrala NFZ. W przepisach dotyczących kompetencji NFZ dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako uprawniony organ pozostał dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ i dodany został Prezes NFZ, ponieważ dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ będzie zawierał umowy z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i rozliczał realizację tych umów, a w pozostałych zakresach będzie mógł tego dokonywać w oparciu o upoważnienie Prezesa NFZ.

Ponadto:

1) projektowane rozporządzenie zawiera w § 2 przepis dający możliwość wydłużenia okresów rozliczeniowych, obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r. W aktualnie istniejącej sytuacji, w związku z pandemią COVID-19, wielu świadczeniodawców odnotowuje ograniczenie skali prowadzonej działalności, w szczególności spowodowane ograniczeniem przyjęć planowych. Wydłużenie okresu rozliczeniowego (tak aby obejmował odpowiednio dłuższy okres niż okres roku kalendarzowego 2020) pozwoli na pełne wykorzystanie określonej w umowie kwoty zobowiązań. Wykonane w wydłużonym okresie rozliczeniowym świadczenia pozwolą na

pokrycie niewykonanych za okres obowiązywania przepisów nadzwyczajnych. Przy założeniu odpowiedniego wzrostu wykonania świadczeń w drugim półroczu bieżącego roku oraz w pierwszym półroczu 2021 r., rozwiązanie takie powinno pozwolić na zniwelowanie skutków obecnego spadku aktywności świadczeniodawców spowodowanego sytuacją epidemiczną.

2) w projekcie wprowadza się rozwiązanie pozwalające na dalsze wypłacanie świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej. Konieczność wprowadzenia takiego rozwiązania wynika z tego, że na mocy § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696) od 5 września nie będzie możliwości wypłaty wynagrodzenia w formie zaliczkowej podmiotom leczniczym, które z uwagi na sytuację epidemiczną dotyczą ograniczenia działalności leczniczej. Z dniem 4 września 2020 r. upływa termin, o którym mowa w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.).

Wypłatę wynagrodzenia w formie zaliczkowej będzie mógł otrzymać świadczeniodawca, który zaprzestał udzielać świadczeń w związku z zakazem wykonywania określonej działalności leczniczej na obszarze czerwonym, o którym mowa w przepisach wydawanych na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) lub w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się nie później niż w terminie 9 dni od dnia, w którym ten zakaz przestał obowiązywać świadczeniodawcę.

3) w § 19 ust. 4 OWU doprecyzowano, że świadczeniodawca będzie przedstawiał Prezesowi NFZ albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, kalkulację rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, w celu ich weryfikacji tylko na prośbę (wniosek) Funduszu. Proponowana zmiana da możliwość weryfikacji kalkulacji kosztów, ale nie będzie stanowiła obowiązku przy każdorazowym rozliczeniu. Mając na uwadze wysokość kosztów świadczeń np. z Izby Przyjęć czy Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (średni jednostkowy koszt to około 60-100 zł) oraz dużą liczbę miesięcznie wykazywanych świadczeń, zmiana ta pozwoli na płynne dokonywanie płatności bez wielokrotnego wzywania świadczeniodawcy do uzupełnienia kalkulacji kosztów odnoszących się do danego rachunku. Po wprowadzonej zmianie, NFZ

będzie mógł wybiórczo (np. w przypadku wysokich kosztów lub kontroli) weryfikować koszty w oparciu o ich kalkulację.

Natomiast zmiana w § 10 ust. 3 ma charakter porządkowy. W obecnie obowiązującym przepisie § 10 ust. 3 jest odwołanie do ustępu 2, który został uchylony. W projektowanym brzmieniu odniesiono się bezpośrednio do § 6 ust. 2 i § 7 ust. 3.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, co jest uzasadnione potrzebą jak najszybszego dostosowania przepisów wykonawczych do zmienionych przepisów ustawy o świadczeniach. Skrócenie terminu wejścia w życie podyktowane jest koniecznością zagwarantowania ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Tak określony termin wejścia w życie nie narusza zasady demokratycznego państwa prawnego.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z 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.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

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 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

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

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Minister Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Katarzyna Makowiecka Departament Systemu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 03.09.2020</p> <p>Źródło: Inne Art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493).</p> <p>Nr w wykazie prac MZ 1032</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), wprowadziła znaczące zmiany w zakresie kompetencji organów Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, a co za tym idzie konieczność zmian w aktach wykonawczych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. W związku z pandemią COVID-19, wielu świadczeniodawców odnotowuje ograniczenie skali prowadzonej działalności, w szczególności spowodowane ograniczeniem przyjęć planowych.
3. Na mocy § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696) od 5 września nie będzie możliwości wypłaty wynagrodzenia w formie zaliczkowej podmiotom leczniczym, które pomimo ograniczenia działalności leczniczej nadal udzielają świadczeń opieki zdrowotnej i ponoszą z tego tytułu wyższe koszty utrzymania działalności. Z dniem 4 września 2020 r. upływa termin, o którym mowa w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Nowelizowane rozporządzenie wprowadza zmiany polegające na wskazaniu jako organu właściwego – Prezesa NFZ w miejsce dotychczas wyłącznie wskazanego dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ oraz na zastąpieniu oddziału wojewódzkiego NFZ – Funduszem Zdrowia rozumianym jako oddział wojewódzki lub Centrala NFZ.

Ponadto:

- 1) w § 2 dodano przepis dający możliwość wydłużenia okresów rozliczeniowych, obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r., co ma na celu pełne wykorzystanie określonej w umowie kwoty zobowiązań.
- 2) w § 3 wprowadza się rozwiązanie pozwalające na dalsze wypłacanie świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
NFZ	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich NFZ	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	doprecyzowanie kompetencji Prezesa NFZ oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ
Świadczeniodawcy	posiadający umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ		

JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	Wprowadzane rozwiązania mają wyłączenie na celu dostosowanie rozporządzenia do przepisów ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493). Konieczność wprowadzenia zmian zawartych w projekcie wynika z ww. ustawy i zmiany te nie będą wymagać dodatkowych nakładów finansowych. Projektowane rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego.
---------------------	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	
--	--

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodzin.						
	osoby niepełnosprawne, osoby starsze	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną osób starszych oraz osób niepełnosprawnych.						
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	
--	--

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
Komentarz: Nie dotyczy.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Raport z konsultacji społecznych i opiniowania.		