



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 17 lipca 2019 r.

Poz. 1335

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 11 lipca 2019 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 2018 r. poz. 1510, 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, z 2017 r. poz. 1809, z 2018 r. poz. 1373, 1682 i 2364 oraz z 2019 r. poz. 34) w załączniku do rozporządzenia wprowadza się następujące zmiany:

1) w rozdziale 1 „Postanowienia ogólne” po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Fundusz nie może zobowiązywać świadczeniodawcy do używania pieczęci lub pieczętek, chyba że obowiązek taki wynika z przepisów prawa.”;

2) w § 2:

a) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Prezes Funduszu w przypadku, o którym mowa w ust. 3, zasięga także opinii odpowiednio Krajowej Rady Fizjoterapeutów lub Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, jeżeli propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, dotyczą zakresu ich działania.”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia podmioty, o których mowa w ust. 3 i 3a, o ich udostępnieniu – drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.”;

3) w § 11 w ust. 4 po pkt 10 dodaje się pkt 10a w brzmieniu:

„10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w której świadczeniodawca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.”;

4) w § 12:

a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dołącza do skierowania.”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730, 752 i 1078.

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730), o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.”

c) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.”

5) w § 28 w ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„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, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.”

6) w § 29:

a) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W wezwaniu do zapłaty określa się każdorazowo wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez świadczeniodawcę.”

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku gdy obowiązek zapłaty kary umownej wynika z wystąpienia pokontrolnego sporządzonego w wyniku kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 61a ust. 1 ustawy lub z czynności, o których mowa w art. 61x ustawy, dotyczących zakresu, o którym mowa w art. 61a ust. 1 ustawy, należności z tego tytułu pobiera lub dochodzi Prezes Funduszu lub dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.”

c) w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„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.”

d) uchyla się ust. 8;

7) w § 30:

a) w ust. 1 w pkt 2 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz ustala stawkę ryczałtu systemu zabezpieczenia;”

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, albo umowy o zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia.”

8) w rozdziale 4 „Kary umowne” po § 31 dodaje się § 31a w brzmieniu:

„§ 31a. Oddział wojewódzki Funduszu prowadzi rejestr kar umownych nakładanych na świadczeniodawców.”

9) w § 33a dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiadamia świadczeniodawcę, za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, o ustalonej, zgodnie z przepisami ustawy oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy oraz o danych, na podstawie których ustalono tą wysokość.”

10) po § 41 dodaje się § 41a w brzmieniu:

„§ 41a. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do poinformowania w formie pisemnej dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o osobach upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy przed Funduszem, w tym w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA ustawy, najpóźniej w dniu podpisania umowy.

2. Zmiany dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie, a w przypadku zmian, których nie można było wcześniej przewidzieć, w dniu ich zaistnienia.”.

§ 2. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wykonają obowiązek informacyjny, o którym mowa w § 41a ust. 1 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*