

Rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

# Życie sobie, a przepisy sobie



Przepisy dotyczące podwyżek dla pielęgniarek i położnych, nowe definicje pojęć oraz uwzględnienie możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pełnomocnika konsorcjum to tylko niektóre ze zmian proponowanych w nowym rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 8 września 2015 r. (Dz. U. 2015 poz. 1400).

Nowe rozporządzenie ma zastąpić rozporządzenie ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## Konieczność nowelizacji

Konieczność wydania nowego aktu normatywnego wynika z nowelizacji art. 137 ustawy z 27 sierpnia

2008 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.). Nowelizacja zmienia procedury ustalania ogólnych warunków umów i treści upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia. Otóż przed nowelizacją projekt ogólnych warunków umów był opracowywany przez prezesa NFZ, a następnie uzgadniany z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą





Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. W wypadku niezgodnienia projektu minister zdrowia był uprawniony do wydania przedmiotowego rozporządzenia regulującego ogólne warunki umów. Nowy art. 137 ustawy stanowi, że upoważnionym do wydania rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest minister zdrowia bez konieczności zasięgnięcia odrębnej opinii z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.

„ Rozporządzenie zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem przepisu dotyczącego wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wchodzącego w życie z dniem podpisania ”

### Rewolucja styczniowa

Rozporządzenie zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem przepisu dotyczącego wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wchodzącego w życie z dniem podpisania. W wypadku wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych określono, że w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawcy mający umowy z NFZ (oprócz umów POZ i leczenia szpitalnego wysokospecjalistycznego) prześlą do właściwego oddziału funduszu, za pomocą stron internetowych, informację o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód u danego świadczeniodawcy. Ma to dotyczyć również pielęgniarek zatrudnionych w formie indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, w przeliczeniu na liczbę etatów realizujących poszczególne umowy. Informacja powinna zawierać numer prawa wykonywania zawodu, PESEL, a w wypadku jego braku dokument potwierdzający tożsamość (nazwa, numer itp.), wymiar etatu albo równoważnik etatu pielęgniarki lub położnej wraz z numerem umowy z NFZ, której dotyczy. Na podstawie tych danych fundusz w terminie 14 dni prześle aneksy do umów, które określą wysokość dodatkowych funduszy na świadczenia udzielane przez wykazane pielęgniarki i położne od 1 września 2015 r. do 30 czerwca 2016 r.

Ponadto w aneksie będzie określony sposób zwrotu pieniędzy, które nie zostaną wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem, i kara umowna do 5 proc. przekazanych funduszy. W ciągu 14 dni od otrzymania aneksów szpital prześle NFZ podpisane umowy wraz ze stanowiskiem działających w placówce związków zawodowych pielęgniarek i położnych na temat sposobu podziału miesięcznie otrzymanych środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat lub – jeśli w szpitalu nie działa związek zawodowy pielęgniarek i położnych – porozumienie pozytywnie zaopiniowane przez okręgową radę pielęgniarek. Jeśli nie będzie takiego porozumienia lub pozytywnej opinii w terminie 7 dni od dnia



Fot. iStockphoto.com

„Kolejne zmiany, zmiany, zmiany w przepisach, które jeśli dokładniej się im przyjrzeć, są mało istotne z punktu widzenia poprawy funkcjonowania wadliwie działającego systemu zdrowotnego w Polsce”

przedłożenia przez szpital propozycji sposobu podziału środków, sposób tego podziału określa szpital i przekazuje go wraz z podpisanymi zmienionymi umowami do NFZ w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian tych umów. Od 1 lipca 2016 r. wchodzi w życie § 16 ust. 3–5, dotyczący zmiany wskaźników korygujących wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

#### Inne zmiany

1. W projekcie uaktualniono definicje pojęć:
  - harmonogram – załącznik do umowy zawierający informacje o dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającym świadczeń wraz z harmonogramem pracy oraz o sprzęcie i aparaturze medycznej,
  - świadczeniodawca.
2. Dodano definicję szablonu rachunku oraz uwzględniono możliwość zawierania umów z NFZ przez pełnomocnika konsorcjum.
3. Wprowadzono obowiązek stosowania kwestionariusza jakości oraz okołooperacyjnej karty kontrolnej.

Świadczeniodawca będzie przedstawiał kwestionariusz kontroli pacjentowi do wypełnienia, ale na zasadach dobrowolności i anonimowości ankiety. Uzyskana opinia z ankiet ma być podstawą do wprowadzania zmian poprawiających jakość udzielanych usług.

4. Doprecyzowano przepis dotyczący wystawiania skierowania na leczenie szpitalne oraz zrezygnowano z przepisu, zgodnie z którym lekarz POZ może kontynuować leczenie farmakologiczne pacjenta rozpoczęte przez lekarza specjalistę. Ten przepis skreślono, ponieważ jego brzmienie wpisano do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.
5. Dookreślono, w jakim okresie i w jakich wypadkach lekarz specjalista ma udzielać informacji np. lekarzowi POZ o leczeniu chorego. Zgodnie z wytycznymi, ma się to odbywać nie rzadziej niż co 12 miesięcy, gdy pacjent wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub gdy lekarz POZ (albo inny lekarz) nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania leków ordynowanych w ramach leczenia specjalistycznego.
6. Dodano przepis regulujący sprawę odmowy przyjęcia dziecka na oddział. Odmowa taka ma być wydana po konsultacji z ordynatorem lub zastępcą ordynatora, lub lekarzem kierującym danym oddziałem szpitalnym.
7. W wypadku zakończenia wykonywania umowy szpital przekazuje do właściwego oddziału NFZ listy oczekujących oraz dane pacjentów objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację nie później niż 14 dni przed zakończeniem wykonywania umowy.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia określa cenę świadczeń na podstawie ustalonej taryfy świadczeń uzyskanych od jednostek, które wyraziły chęć współpracy w zakresie udostępniania danych. Jeżeli taryfa nie została ustalona, wartość ustala prezes NFZ. W powiązaniu z tym tematem wykreślono przepisy o stosowaniu dotychczasowego rachunku kosztów, który został wycofany wraz z wejściem ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach ma być stosowany nowy rachunek kosztów przez te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Obowiązek stosowania tego rozporządzenia wchodzi w życie od 1 stycznia 2020 r.
9. Doprecyzowano termin składania wniosków o przebudowy – po każdym kwartale jest to 30 dni, a w wypadku grudnia nic nie uległo zmianie, czyli wniosek powinien być złożony do 15 grudnia.
10. Dokonano zmiany o 5 punktów procentowych w przebudowach. Dotychczas była możliwość zmniejszenia kwoty zobowiązań w wypadku poszczególnych rodzajów umów o 15 proc., a teraz



jest o 10 proc., oraz była możliwość zmniejszenia kwot dla poszczególnych zakresów o 20 proc., a teraz jest o 15 proc. Ten przepis dotyczy tylko następujących rodzajów umów: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, leczenie psychiatryczne i uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia odrębnie kontraktowane i domowa opieka pielęgniarska.

11. Kary umowne dla szpitala to 2 proc. wysokości kontraktu dla umowy lub zakresu (tutaj jest jeszcze 1 proc.) za każde stwierdzone naruszenie, przy czym kwota stanowiąca podstawę do nałożenia kary jest kwotą zobowiązania NFZ w danym okresie rozliczeniowym, którego dotyczą naruszenia. Kary nie mogą przekraczać 4 proc. kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia. W POZ kary będą naliczane od wartości funduszy przekazanych szpitalowi.
12. Dostosowano tryb ustalania kwot przez NFZ do umów zawartych na okres dłuższy niż rok. Wynika to z dostosowania do art. 156 o świadczeniach, gdzie wydłużono termin zawierania umów na nawet 10 lat w wypadku leczenia szpitalnego i bezterminowo dla POZ.

### Zmiany niewiele znaczące

Kolejne zmiany w przepisach, które jeśli dokładniej się im przyjrzyć, są mało istotne z punktu widzenia poprawy funkcjonowania całego wadliwie działającego systemu zdrowotnego w Polsce. Po pierwsze, już widzimy, jakie były reperkusje powyższych przepisów w środowisku pielęgniarek i położnych w zakresie podwyżek dla tej grupy zawodowej.

Następna zmiana dotyczy kwestionariusza kontroli, który świadczeniodawca będzie przedstawiał pacjentowi do wypełnienia, ale na zasadach dobrowolności i anonimowości ankiety. Uzyskana opinia z ankiet ma być podstawą do wprowadzania zmian poprawiających jakość udzielanych świadczeń. Raczej wątpliwy będzie efekt tego typu działań. Już teraz widzimy, że szpitale, które mają akredytację, są zmuszone do badania satysfakcji pacjentów i... efekty tych działań nie są specjalnie widoczne. Nadal mamy kolejki do specjalistów, małą liczbę lekarzy i pielęgniarek itd. Problemów tego typu niestety nie zlikwidujemy za pomocą wypełniania ankiet przez pacjentów, owszem takie inicjatywy są jak najbardziej pomocne i potrzebne, ale najpierw cały system opieki zdrowotnej musi działać poprawnie. Nie zawsze dyrektorzy placówek medycznych mogą lub chcą wprowadzać zmiany w swoim szpitalu. Należy pomyśleć o skutecznym premiowaniu wprowadzanych zmian. Mają one przynieść wymierne efekty odczuwane przede wszystkim przez pacjenta, ankiety są tylko pewnym narzędziem, ale nie są głównym środkiem niwelującym problemy systemu zdrowotnego.

„Wprowadzanie pojedynczych modyfikacji zamiast kompleksowych zmian systemu jedynie pogłębia chaos”

### Zmiany od... 2020 r.

Inną zmianą jest to, że NFZ określi ceny świadczeń według taryfy ustalonej na podstawie uzyskanych od podmiotów leczniczych informacji o ponoszonych kosztach przy realizacji określonej procedury medycznej. Dane te są pozyskiwane od tych placówek medycznych, które wyraziły chęć współpracy w zakresie udostępniania danych Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

W przypadku braku ustalenia taryfy wartość określa prezes NFZ. Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach ma być stosowany nowy rachunek kosztów i tylko przez te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z AOTMiT. Obowiązek stosowania tego rozporządzenia wchodzi w życie dopiero od 1 stycznia 2020 r.

Nikt zatem nie jest w stanie teraz jednoznacznie ocenić, jakie ostatecznie będą efekty wymienionych działań i czy doprowadzą do pozytywnych zmian w aspekcie wyceny świadczeń.

Warto też zwrócić uwagę na kwestię wydłużenia terminu zawierania umów na 10 lat dla leczenia szpitalnego i bezterminowo dla POZ. Jak wiemy, po raz kolejny przesuwano terminy ogłoszenia konkursów ofert na świadczenia medyczne. Ponadto mapy potrzeb zdrowotnych, których pierwsze edycje przygotowuje Ministerstwo Zdrowia, są tak naprawdę opracowywane na podstawie danych historycznych, a nie bieżących, ponieważ nie ma spójnego systemu informatycznego ochrony zdrowia. Są też znaczne opóźnienia w pozyskiwaniu informacji np. z Krajowego Rejestru Nowotworów. Może to spowodować perturbacje podczas procedury kontraktowania świadczeń. Płatnik, opierając się na tak przygotowanych mapach, może podjąć błędne decyzje przy określaniu potrzeb zdrowotnych, a należy podkreślić, że ma to zrobić w perspektywie 10 lat. W obecnych warunkach jest to trudne do wykonania.

Z powyższego wynika, że niestety wprowadzanie pojedynczych modyfikacji, a nie całościowych, kompleksowych zmian systemu, pogłębia chaos. Wyrywkowe metamorfozy nie ulecą chorej ochronie zdrowia w Polsce.

Greta Kanownik  
Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie,  
Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie  
i kierownikiem Działu Administracji Medycznej  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku