



# MINISTER ZDROWIA

Warszawa,

2013 -06- 1 8

MZ-UZ-PR-71-31040-1/KM/13

Biuro OW-MIL w Olsztynie  
wpłynęło dnia: 24.06.13  
L.dz. 256

Pan  
Marek Zabłocki  
Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Olsztynie  
ul. Żołnierska 16 c  
10-561 Olsztyn

*Szanowny Panie Prezese!*

W związku z pismem nr WMIL-ORL/142/13 z dnia 3 kwietnia 2013 r. dotyczącym stanowiska nr 2 oraz Apeli nr 1,2 i 3 przyjętych na posiedzeniu Okręgowego Zjazdu Lekarzy Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie z dnia 9 marca 2013 r. uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień odnoszących się do:

- 1) **stanowiska nr 2 w sprawie systemu e-WUŚ**, zgodnie z którym: „*niedopuszczalna jest sytuacja, w której świadczeniodawcy POZ ponoszą finansowe skutki następstw błędów, jakie pojawią się w systemie eWUŚ*” uprzejmie informuje, iż do 31 grudnia 2013 r. został przedłużony okres utrzymania dotychczasowych zasad weryfikacji uprawnień osób, które złożyły deklaracje wyboru świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozliczania świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna. Prawo do świadczeń osób, które złożyły deklarację wyboru nie będzie weryfikowane przez system e-WUŚ. Jednocześnie należy wskazać, iż Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Ministrem Spraw Wewnętrznych podejmuje działania zmierzające do zapewnienia wiarygodnych, rzetelnych i aktualnych danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, stanowiącym bazę na podstawie której e-WUŚ potwierdza prawo do świadczeń;
- 2) **apelu nr 1 dotyczącego wprowadzenia rozwiązań pozwalających na działalność wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego tworzonych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia**, uprzejmie wyjaśniam, że podstawowe kryteria przyznawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych przez Narodowy

Fundusz Zdrowia określa Minister Zdrowia w rozporządzeniu. Obecnie zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. z 2011 r., nr 122, poz. 696, z późn. zm.) obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze* (Dz. U. Nr 139, poz. 1141 z późn. zm.). Zarówno przepisy tego rozporządzenia jak również upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia na mocy art. 38 ust. 4 ustawy refundacyjnej nie wskazują na możliwość finansowania wypożyczalni sprzętu ortopedycznego wielokrotnego wykorzystania. Ponadto należy podkreślić, że świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej dotyczą przede wszystkim zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne mające jednorazowe zastosowanie oraz ze względu na rodzaj wyrobu medycznego np. środki pomocnicze stosowane comiesięcznie lub ze względu na dostosowanie wyrobu medycznego do indywidualnych potrzeb pacjenta, a także w wyroby medyczne, które ze względów sanitarnych mogą być przeznaczone wyłącznie dla jednego pacjenta. Tym samym wypożyczeniu mogłyby ewentualnie podlegać wyłącznie nieliczne wyroby medyczne wymienione w rozporządzeniu. Natomiast wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, a także wyrobów medycznych niewymienionych w rozporządzeniu, a więc tym samym nie będących świadczeniami gwarantowanymi, nie może być finansowane ze środków publicznych przeznaczonych na określone świadczenia opieki zdrowotnej.

- 3) **apelu nr 2 dotyczącego nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w zakresie zasad nakładania na świadczeniodawców kar umownych** uprzejmie informuję, że zakresem powierzonym przez ustawę do uregulowania w treści ww. rozporządzenia są ogólne warunki umów, a zatem postanowienia, które w umowach mogą się znaleźć. Umowy są źródłem stosunków zobowiązaniowych (cywilnoprawnych), a ich treść zależna jest od woli kontraktujących stron. Ogólne warunki umów natomiast mogą zawierać postanowienia właściwe dla stosunków zobowiązaniowych. Takimi postanowieniami są również postanowienia dotyczące kar umownych. Kary umowne bowiem stanowią zabezpieczenie należytego wykonania umowy. Systemowa regulacja dotycząca kar umownych zawarta jest w przepisach art. 483 oraz art. 484 Kodeksu cywilnego, natomiast przepisy te zawarte są

w dziale II (skutki niewykonania zobowiązań), w tytule VII (Wykonanie zobowiązań i skutki ich niewykonania) w księdze trzeciej Kodeksu cywilnego, dotyczącej zobowiązań. W istocie zatem kary umowne są elementem stosunków umownych, możliwym do wprowadzenia w tzw. ogólnych warunkach umów. Niezależnie od powyższego, uprzejmie wyjaśniam, iż z przepisów § 29 – 31 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) wynika możliwość zastrzeżenia w umowie kar umownych. Powyższe przepisy umożliwiają (nie zaś nakładają obowiązek) zawarcia w umowie z Funduszem postanowienia o możliwości nałożenia przez Fundusz na świadczeniodawcę kary umownej w przypadkach określonych w ww. przepisach. Powyższe regulacje nie stanowią samoistnej podstawy do nałożenia kary umownej na świadczeniodawcę. Źródłem powstania obowiązku może być wyłącznie umowa. Z umowy wynika bowiem obowiązek zapłaty kary umownej. Stosunek prawny wiążący świadczeniodawcę z Funduszem to stosunek umowny (zobowiązaniowy), cywilnoprawny. Taki stosunek oprócz szczególnych regulacji (zawartych w ustawie o świadczeniach oraz ww. rozporządzeniu) poddany jest regulacjom Kodeksu cywilnego (art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Zgodnie z art. 483 § 1 K.c., można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kary umownej). Zobowiązania świadczeniodawcy wobec Funduszu wynikające z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają charakter niepieniężny. Z umowy takiej mogą wynikać zobowiązania dla świadczeniodawcy, których naruszenie może implikować naliczenie kary umownej. Możliwość zastrzeżenia takiej kary byłaby niezależnie od tego czy obowiązywałby np. przepis § 31 ww. rozporządzenia, czy nie. Gdyby tego przepisu nie było, zastrzeżenie naliczenia kary umownej za niewłaściwe wykonanie umowy z Funduszem znalazłoby swoją podstawę w art. 483 i 484 K.c. w zw. z art. 155 ustawy o świadczeniach. Możliwość naliczenia takiej kary zawsze dotyczy bowiem stosunków umownych (w tym również umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Niezależnie od powyższego, należy zwrócić uwagę na szczególny tryb opracowania ww. rozporządzenia. Powyższy akt wykonawczy został opracowany na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze

rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów. Powyższe rozporządzenie zostało uzgodnione w trybie art. 137 ust. 2 i 6 ustawy o świadczeniach, a zatem pomiędzy Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Proces uzgodnienia, o którym mowa w art. 137 ust. 2 i 6 ww. ustawy, wymaga porozumienia wszystkich uczestniczących w nim podmiotów. Stosownie do przepisu art. 137 ust. 6 zd. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekt uważa się za uzgodniony jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy. Do takiego porozumienia doszło na etapie tworzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie należy wskazać, iż zmiana ww. rozporządzenia wymagałaby zachowania tożsamego trybu procedowania, jaki funkcjonował na etapie opracowywania ww. rozporządzenia.

- 4) **Apelu Nr 3 dotyczącego zarządzenia nr 71/2012/DSOZ/ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistycznego w zakresie harmonogramu pracy poradni specjalistycznych** uprzejmie informuję, że w § 11 ust. 6 tego zarządzenia zawarto zastrzeżenie, że w przypadku braku możliwości zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń na danym terenie, w związku z deficytem świadczeniodawców określonych specjalności, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić uzupełniające postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z ograniczeniem wymagań zawartych w ust. 5, tj. dotyczących harmonogramu pracy poradni specjalistycznych.

*z poważaniem*  
z upoważnienia  
**MINISTRA ZDROWIA**  
**SEKRETARZ STANU**  
*Sławomir Neumann*  
**Sławomir Neumann**