

ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 18 maja 1995 r.

w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz sposobu kontroli ich wykorzystania.

Na podstawie art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315 oraz z 1994 r. Nr 121, poz. 591) zarządza się, co następuje:

§ 1. Zarządzenie reguluje warunki, na jakich następuje przekazanie środków publicznych przez organ,

który utworzył zakład, lub inny określony w art. 8 pkt 1–3 ustawy podmiot będący dysponentem środków publicznych, zwany dalej „zleceniodawcą”, samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, zwanemu dalej „zleceniobiorcą”, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz określa sposób kontroli wykorzystania tych środków.

§ 2. Ilekroć w zarządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie — należy przez to rozumieć ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315 i z 1994 r. Nr 121, poz. 591),
- 2) świadczeniach zdrowotnych — należy przez to rozumieć świadczenia w rozumieniu art. 3 ustawy,
- 3) umowie — należy przez to rozumieć umowę o przekazanie środków publicznych przez zleceniodawcę na rzecz zleceniobiorcy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 4) zakładzie — należy przez to rozumieć samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, będący zleceniobiorcą w rozumieniu art. 49 pkt 2 ustawy.

§ 3. 1. Przekazanie przez zleceniodawcę środków publicznych na rzecz zleceniobiorcy następuje na podstawie umowy.

2. Strony mogą w umowie zastrzec, że zleceniobiorca będzie udzielał świadczeń zdrowotnych tylko na rzecz zleceniodawcy określonego w umowie.

3. Umowa, o której mowa w ust. 1, może również przewidzieć, że zleceniobiorca udzielał będzie tylko określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych objętych umową.

§ 4. Umowa może być zawarta tylko z zakładem wpisanym do rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez sąd rejestrowy.

§ 5. 1. Zleceniobiorca przed podpisaniem umowy przedstawia zleceniodawcy plan rzeczowo-finansowy zakładu, uwzględniając w nim przewidywane nakłady na wykonanie zadań objętych umową.

2. Plan rzeczowo-finansowy, o którym mowa w ust. 1, sporządzany na okres ustalony przez strony umowy, zawiera w szczególności:

- 1) liczbę przewidywanych świadczeń zdrowotnych,
- 2) koszt jednostkowy świadczenia zdrowotnego,
- 3) zestawienie kosztów w układzie kalkulacyjnym oraz rachunek wyników według sposobu określonego w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591).

3. Na wniosek zleceniodawcy, będącego organem założycielskim danego zakładu, zleceniobiorca przedkłada informacje o swych planach inwestycyjnych i kredytowych.

§ 6. 1. Suma należności, jaką zleceniodawca zobowiązany będzie przekazać zleceniobiorcy z tytułu zawieranej umowy, ustalana jest na podstawie negocjacji między stronami.

2. Zleceniodawca powinien w trakcie negocjacji dążyć do ustalenia sumy należności, o której mowa w ust. 1, w takiej wysokości, która zapewni wydatkowanie środków publicznych w sposób najbardziej oszczędny i celowy, a jednocześnie umożliwi wykonanie zadań stanowiących przedmiot umowy.

§ 7. 1. Umowę zawiera się na czas nie oznaczony lub na czas oznaczony, nie krótszy jednak niż jeden rok, z możliwością jej przedłużenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowa może być zawarta na okres krótszy niż jeden rok, jeżeli wynika to z rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.

3. Złożenie oświadczenia woli o przedłużeniu umowy zawartej na czas oznaczony, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w ust. 2, powinno nastąpić nie później niż na 6 miesięcy przed upływem terminu, na który umowa została zawarta.

§ 8. Zakład zawierający umowę lub wnioskujący o jej przedłużenie powinien przedstawić zleceniodawcy — jako warunek wstępny zawarcia umowy — informacje określone w załączniku do zarządzenia.

§ 9. 1. Umowa określa w szczególności:

- 1) strony umowy,
- 2) rodzaj świadczeń zdrowotnych i przewidywaną ich liczbę,
- 3) osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych oraz obszar, którego mieszkańcy będą mogli z nich korzystać,
- 4) zasady rejestracji pacjentów, organizację udzielania świadczeń, dni i godziny ich udzielania, maksymalny czas oczekiwania na świadczenie i sposób podania tych informacji do wiadomości osobom uprawnionym,
- 5) przyjęcie przez zleceniobiorcę obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez zleceniodawcę w zakresie objętym umową, w tym również kontroli przeprowadzanej przez upoważnione przez niego osoby,
- 6) uprawnienia kontrolne zleceniodawcy z tytułu realizacji umowy,

- 7) zobowiązanie się zleceniobiorcy do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej,
- 8) sumę należności, jaką zleceniodawca przekazuje zleceniobiorcy z tytułu realizacji umowy, oraz sposób i termin jej przekazywania, z uwzględnieniem § 16 ust. 5,
- 9) zadania objęte stałym monitorowaniem ze strony zleceniodawcy,
- 10) ilościowe i jakościowe wskaźniki wykonania umowy,
- 11) rodzaje i sposoby przekazywania informacji wynikających z realizacji umowy, w tym o zadaniach objętych stałym monitorowaniem ze strony zleceniodawcy,
- 12) warunki, w których może nastąpić renegotjacja umowy,
- 13) zastrzeżenie, że przekazane na realizację umowy środki publiczne nie mogą być przekazywane na cele inne niż określone w umowie,
- 14) wysokość i terminy naliczania odsetek z tytułu zwłoki w uiszczeniu przez zleceniodawcę na rzecz zleceniobiorcy kwot należności wynikających z umowy.

2. Umowa powinna określać wysokość kar umownych z tytułu niezgodnego z nią wydatkowania przez zleceniobiorcę środków publicznych albo niewywiązywania się lub nieterminowego realizowania innych postanowień umowy, sposób ich uiszczania, a także okoliczności, których wystąpienie powoduje wyłącznie odpowiedzialności odszkodowawczej stron umowy.

§ 10. Prawa i obowiązki stron umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie, chyba że strony wyrażą na to zgodę w umowie.

§ 11. Zleceniobiorca nie może udzielać odpłatnie świadczeń zdrowotnych objętych umową, chyba że odpłatność ta wynika z odrębnych przepisów.

§ 12. Zleceniodawca obowiązany jest do:

- 1) analizy zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne na obszarze podlegającym jego działaniu,
- 2) analizy kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o zawierane umowy oraz kosztów analogicznych świadczeń udzielanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy lub inne osoby wykonujące zawody medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej — jeżeli są one finansowane ze środków publicznych (art. 35 ust. 1 ustawy),

3) analizy i oceny liczby, rodzaju i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o umowę, a w szczególności: liczby osób objętych świadczeniami, trybu rejestracji pacjentów, czasu udzielania i oczekiwania na świadczenia, częstości zakażeń wewnątrzszpitalnych, nie planowanych ponownych hospitalizacji, zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych, liczby pacjentów o okresie pobytu przekraczającym średni czas pobytu w danym zakładzie, jak również stopnia satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- 4) kontroli wykonania umowy i wydawania zaleceń pokontrolnych,
- 5) inicjowania w razie potrzeby zmiany warunków umowy.

§ 13. 1. Kontrola, o której mowa w § 12 pkt 4, może być przeprowadzana przez zleceniodawcę lub inne upoważnione przez niego osoby.

2. Celem kontroli jest w szczególności:

- 1) badanie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości w oparciu o ustalone w umowie wskaźniki,
- 2) sprawdzenie prawidłowości wydatkowania środków publicznych,
- 3) wykrywanie nieprawidłowości w wykonywaniu zadań określonych umową,
- 4) wskazanie przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości oraz sposobów i środków umożliwiających zapobieganie im oraz ich usunięcie.

§ 14. 1. Umowa wygasa:

- 1) z upływem terminu określonego w umowie,
- 2) w przypadku gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy.

2. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku niedopełnienia przez zleceniobiorcę obowiązku określonego w § 9 ust. 1 pkt 7 i 13.

3. Umowa może zostać rozwiązana za wypowiedzeniem w szczególności:

- 1) gdy zleceniobiorca nie dopełnia obowiązków wynikających z § 9 ust. 1 pkt 5, 10 i 11,
- 2) gdy nie realizuje ustaleń wynikających z § 3 ust. 2 i 3 oraz § 11,

3) w razie niewykonania bądź nienależytego wykonania umowy przez zleceniobiorcę z innych przyczyn niż wymienione w pkt 1 i 2, a w szczególności ograniczania dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub udzielania świadczeń nieodpowiedniej jakości,

4) w razie niewypłacenia lub nieterminowego wypłacenia należności przez zleceniodawcę.

4. Ustalony w umowie okres wypowiedzenia nie może być dłuższy niż 6 miesięcy.

5. Strony mogą postanowić, że rozwiązanie umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2, następuje po upływie terminu wyznaczonego do wyeliminowania dających się usunąć uchybień.

6. Podstawę do rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 5, powinny stanowić wyniki kontroli wykonania umowy i sposobu realizacji zaleceń pokontrolnych albo kontroli przeprowadzonej w trybie określonym w przepisach odrębnych.

§ 15. Umowa nie może być rozwiązana przed upływem ustalonego terminu, chyba że zachodzą przyczyny określone w § 14 ust. 2 i 3 lub inne przyczyny wskazane przez strony w umowie.

§ 16. 1. Zleceniobiorca rozlicza się ze zleceniodawcą z wykonania zakresu rzeczowego i finansowego realizowanej umowy.

2. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1, następuje w terminie do 15 dni po wygaśnięciu lub rozwiązaniu umowy, a w przypadku umów zawartych na czas nie oznaczony lub oznaczony dłuższy niż jeden rok — w terminie do 15 dni po zakończeniu roku obrachunkowego.

3. Zatwierdzenie rozliczenia przez zleceniodawcę powinno nastąpić nie później niż do 15 lutego następnego roku kalendarzowego.

4. W przypadku umów podpisywanych na czas nie oznaczony lub czas oznaczony dłuższy niż jeden rok, określenie sumy należności oraz planu rzeczowo-finansowego i wskaźników wykonania umowy dokonywane jest nie rzadziej niż corocznie w aneksie do umowy.

5. W razie braku odmiennych postanowień należność z tytułu wykonywania umowy wypłacana jest zaliczkowo w terminach miesięcznych. Zaliczka stanowi 80% kwoty miesięcznej należności. Wypłata pozostałej kwoty należności miesięcznej następuje po przedstawieniu przez zleceniobiorcę informacji o wykonanych zadaniach wynikających z umowy.

6. Rokiem obrachunkowym jest rok kalendarzowy.

§ 17. W razie niewykonania lub częściowego wykonania umowy, kwoty należności już wypłacone podlegają zwrotowi w wysokości proporcjonalnej do zakresu niewykonania zobowiązania.

§ 18. Zleceniobiorca obowiązany jest do sporządzania i przekazywania zleceniodawcy informacji określonych w umowie, a także sprawozdań wynikających z innych przepisów.

§ 19. W sprawach nie uregulowanych w umowie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 20. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: *R. J. Żochowski*

Załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r. (poz. 341)

DOKUMENTACJA, KTÓRĄ POWINIEN PRZEDSTAWIĆ PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAWIERAJĄCY UMOWĘ Z DYSPONENTEM ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ ZAKŁAD WNIOSKUJĄCY O PRZEŁUŻENIE UMOWY

I. Informacja na temat dotychczasowej i obecnej działalności zakładu lub działalności planowanej — w przypadku nowo utworzonego zakładu

1. Wielkość i struktura zasobów kadrowych i zasobów rzeczowych będących w dyspozycji zakładu, wartość funduszu założycielskiego i funduszu zakładu.

2. Wielkość i struktura świadczeń zdrowotnych do-

starczanych przez zakład dla osób uprawnionych. Rejony obsługi wyznaczone statutem oraz struktura pacjentów według miejsc zamieszkania.

3. Informacja o dotychczasowych działaniach na rzecz doskonalenia gospodarki zasobami (kadrami, majątkiem, finansami, informacją), na rzecz sprawnego zarządzania zakładem oraz o skutkach tych działań (a w szczególności takich działań, jak gospodarka lekami, tworzenie standardów postępowania medycznego).

4. Informacja o dotychczasowych działaniach na rzecz jakości świadczeń oraz o skutkach tych działań, w tym w szczególności o działaniach na rzecz jakości zasobów, wdrażania procedur mających na celu poprawę jakości, i systematycznym ocenianiu porównawczym wyników działalności zakładu, z uwzględnieniem ocen medycznych i innych (np. ocen dokonywanych przez pacjentów i ich rodziny).

5. Kwalifikacje i doświadczenie zawodowe osób pracujących na stanowiskach kierowniczych w zakładzie.

II. Strategiczny plan rozwoju zakładu

1. Główne cele działania zakładu.

2. Czynniki decydujące o możliwości realizacji głównych celów zakładu.

3. Ewentualne zagrożenia w realizacji głównych celów zakładu i planowane sposoby przeciwdziałania im.

4. Organizacja prac mających na celu rozpoznanie otoczenia, w którym działa zakład, w tym analiza popytu na świadczenia zdrowotne dostarczane przez zakład, rozpoznanie warunków współpracy z innymi zakładami opieki zdrowotnej dostarczającymi świadczeń dla osób uprawnionych, rozpoznanie zainteresowania ewentualnych dodatkowych zleceniodawców.

5. Projektowane działania na rzecz rozwoju kwalifikacji kadr zatrudnionych w zakładzie, w tym pro-

jektowana zmiana wielkości i struktury zatrudnionych, plany szkoleń, systemy motywacji na rzecz podnoszenia kwalifikacji już zatrudnionych oraz projektowane działania na rzecz zatrudnienia nowych pracowników.

6. Projektowane działania na rzecz rozwoju systemów informacji, obiegu i udostępniania informacji, z uwzględnieniem informacji medycznych i ekonomicznych, wskaźników jakości oraz skal punktowych użytecznych dla oceny złożoności świadczeń i ich kosztów.

7. Analiza czynników, które mogą powodować wzrost kosztów świadczeń, w tym wskazanie sposobów przeciwdziałania takiemu wzrostowi.

8. Rozpoznanie finansowych skutków planów inwestycyjnych i planów kredytowych, szczególnie ewentualnych skutków dla tej działalności zakładu, która miałaby być realizowana w ramach umowy podpisanej ze zleceniodawcą na warunkach określonych w tym zarządzeniu.

9. Projektowane działania związane ze zmianą wielkości, struktury i własności majątku trwałego (np. budynków, budowli, gruntów, aparatury) z oceną skutków tych działań.

10. Projektowane działania na rzecz podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem oceny medycznych i niemedycznych wskaźników jakości oraz działań na rzecz ochrony i realizacji praw pacjenta.