



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 30 października 1998 r. **Nr 134**

TREŚĆ:

Poz.:

ROZPORZĄDZENIA RADY MINISTRÓW:

- 873 — z dnia 27 października 1998 r. w sprawie wymagań i kryteriów, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasad i trybu zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych 4769
- 874 — z dnia 27 października 1998 r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu 4770

ROZPORZĄDZENIA:

- 875 — Ministra Obrony Narodowej z dnia 21 października 1998 r. w sprawie organizacji zebrań żołnierskich oraz szczegółowych zasad wybierania i odwoływania ławników sądów wojskowych 4772
- 876 — Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22 października 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania pomocy finansowej z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych na zmniejszenie wydatków mieszkaniowych, wolnej od podatku dochodowego od osób fizycznych 4774

873

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 27 października 1998 r.

w sprawie wymagań i kryteriów, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasad i trybu zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych.

Na podstawie art. 169b ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756) zarządza się, co następuje:

§ 1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 31 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756), zwane dalej „umowami”, mogą być zawierane ze świadczeniodawcami, którzy spełniają wymagania określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej oraz o działalności gospodarczej.

§ 2. Umowę zawiera się po uprzednim:

- 1) przeprowadzeniu analizy zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne na obszarze działania Kasy Chorych,
- 2) przeprowadzeniu analizy kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o zawieraną umowę oraz analizy kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez innych świadczeniodawców,
- 3) dokonaniu analizy i oceny jakości, liczby i dostępności do świadczeń, które miałyby stać się przedmiotem umowy.

§ 3. Informacja o rodzaju świadczeń zdrowotnych mających stać się przedmiotem umowy, terminie i trybie składania wniosków o zawarcie umowy jest ogłaszana w „Biuletynie Kas Chorych” oraz zamieszczana na tablicy ogłoszeń w siedzibie właściwego pełnomocnika regionalnego albo zarządu Kasy Chorych.

§ 4. 1. Świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy powinni złożyć pełnomocnikowi regionalnemu albo zarządowi Kasy Chorych wnioski o zawarcie umowy, kopie dokumentów potwierdzających spełnianie wymagań, o których mowa w § 1, oraz plan rzeczowo-finansowy zawierający przewidywane nakłady na wykonywanie zadań objętych umową.

2. Plan rzeczowo-finansowy, o którym mowa w ust. 1, jest sporządzany na czas trwania umowy i zawiera w szczególności:

- 1) liczbę możliwych do udzielenia przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
- 2) koszt jednostkowy świadczenia zdrowotnego,
- 3) informację o warunkach lokalowych oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych mających stać się przedmiotem umowy,

4) informację o kwalifikacjach osób udzielających świadczeń zdrowotnych mających stać się przedmiotem umowy.

§ 5. Umowa może być zawarta po spełnieniu przez świadczeniodawcę następujących kryteriów:

- 1) odpowiedniej dostępności do świadczeń,
- 2) kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
- 3) gwarancji ciągłości procesu udzielania świadczeń,
- 4) zapewnieniu odpowiedniej jakości udzielania świadczeń.

§ 6. Zawarcie umowy następuje w wyniku rokowań.

§ 7. Umowa powinna zawierać w szczególności:

- 1) oznaczenie stron umowy,
- 2) czas trwania umowy,
- 3) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 4) warunki i zasady udzielania świadczeń zdrowotnych,

5) sumę należności przekazywaną świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, sposób i termin jej przekazywania oraz zasady rozliczeń,

6) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń w zakresie objętym umową,

7) rodzaje i sposoby przekazywania informacji wynikających z realizacji umowy,

8) okoliczności, w których może nastąpić renegotjacja warunków umowy,

9) zasady i tryb rozpatrywania sporów wynikających z realizacji umowy,

10) zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 8. W sprawach nie uregulowanych w rozporządzeniu w zakresie umów i rokowań stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i ma zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 grudnia 1999 r.

Prezes Rady Ministrów: *J. Buzek*

874

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 27 października 1998 r.

w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu.

Na podstawie art. 135 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wysokość procentową przewidywanych przychodów ze składek Kas Chorych, które nie będą uwzględniane w wyrównaniu, ustala się na 60%. Wysokość ta dla każdej Kasy Chorych jest taka sama.

§ 2. Ustala się algorytm wyrównania finansowego między Kasami Chorych, uwzględniający czynniki różnicujące, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie — należy przez to rozumieć ustawę z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756),
- 2) ubezpieczonym — należy przez to rozumieć osoby, o których mowa w art. 2 ustawy,
- 3) roku bazowym — należy przez to rozumieć rok, w którym Kasa Chorych uwzględnia kwoty wyrów-

nania w planach finansowych na rok planowania, zgodnie z wyliczeniem i informacją Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych,

4) roku planowania — należy przez to rozumieć rok, którego dotyczą kwoty wyrównania i w którym następuje wyrównanie,

5) planowych przychodach rocznych Kasy Chorych ze składek — należy przez to rozumieć planowane przychody roczne Kasy Chorych pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne po dokonaniu najpierw odliczeń na rzecz płatników składek, następnie na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zgodnie z art. 25a ust. 1 oraz art. 26a ustawy, a w razie samodzielnego poboru składek przez Kasę Chorych — pomniejszone o koszty poboru składek na poziomie odpisu na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

6) korektorze wiekowym — należy przez to rozumieć ustalony stosunek kosztów leczenia osób powyżej 60 roku życia do kosztów leczenia osób do 60 roku życia włącznie, we wszystkich Kasach Chorych,