

Warszawa, dnia 27 lutego 2020 r.

Poz. 320

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 29 stycznia 2020 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia 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 uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 2364);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1682);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511);
- 5) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1335);
- 6) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628);
- 7) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2512).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 2364), które stanowią:

„§ 2. Do naruszeń, o których mowa w § 30 w ust. 1 w pkt 2 i 3 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, zaistniałych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r.”;

- 2) § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373), które stanowią:

„§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający co najmniej jedną z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 3 ust. 1, przekaze do dyrekto-

ra właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację sporządzoną według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia:

- 1) o liczbie ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w § 3 ust. 1, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów ratowników medycznych, realizujących te świadczenia w okresie od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. oraz od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- 2) o kwocie dodatkowych środków przyznanych ratownikom medycznym po dniu 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. oraz od dnia 1 stycznia 2018 r. do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc wejścia w życie rozporządzenia, z wyłączeniem dodatków, o których mowa w art. 151¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000 i 1076), oraz dodatków, o których mowa w art. 65 i 88 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138, 650 i 1128).

2. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, do przedstawienia świadczeniodawcom, którzy przekazali do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu informacje, o których mowa w ust. 1, zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującej:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez ratowników medycznych w okresie od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. oraz od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. w kwocie stanowiącej iloczyn liczby etatów lub równoważników etatów ratownika medycznego i kwoty określonej w § 3 ust. 1;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 3 ust. 1, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

3. Liczbę etatów i równoważników etatów ratownika medycznego ustala się w oparciu o informację przekazaną zgodnie z ust. 1.

4. Świadczeniodawca niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych, po otrzymaniu zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, podpisuje i przekazuje je dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Świadczeniodawca dokonuje podziału środków, o których mowa w ust. 2 pkt 1, na poszczególne miesiące, w sposób wynikający z § 3 ust. 1, i niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia dokonania podziału środków, przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie tego podziału.

6. Niewykonanie przez świadczeniodawcę obowiązków wynikających z ust. 1, 4 i 5 oraz naruszenia § 30 ust. 1 pkt 1 lit. b, e oraz pkt 2 lit. c załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości, a także wartość świadczeń, których dotyczyły te nieprawidłowości.

7. Prezes Funduszu określa i umieszcza na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z tej umowy;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację podziału środków, o których mowa w § 3 ust. 1;
- 3) sposób przekazywania dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2.

§ 3. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany przeznaczyć środki otrzymane w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) leczenia szpitalnego,
- 2) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych lub dziennych,
- 3) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowanych w warunkach stacjonarnych,
- 4) opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych,
- 5) świadczeń wysokospecjalistycznych

– na wypłatę dodatku w wysokości 400 zł miesięcznie, za okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., oraz 800 zł miesięcznie, za okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., w tym na składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, dla ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, w przeliczeniu na jeden etat lub równoważnik etatu.

2. Kwota, o której mowa w ust. 1, zostanie pomniejszona o kwotę, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 2.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1682), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 4) § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511), które stanowią:

„§ 2. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne lub ratownictwo medyczne przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację o liczbie:

- 1) ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, zatrudnionych w:
 - a) szpitalnych oddziałach ratunkowych,
 - b) izbach przyjęć szpitali posiadających w lokalizacji tej izby oddziały niezbędne do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590),
- 1a) ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, innych niż wymienieni w pkt 1,
- 1b) ratowników medycznych zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, na których są wykonywane zadania polegające na kierowaniu i zarządzaniu innymi ratownikami medycznymi lub dyspozytorami medycznymi,
- 2) ratowników medycznych oraz dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne, z wyłączeniem dyspozytorów medycznych będących pielęgniarzami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- 3) ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy

– w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje według stanu na dzień:

- 1) 1 stycznia 2019 r. – w terminie do dnia 14 stycznia 2019 r.;
- 2) 1 kwietnia 2019 r. – w terminie do dnia 14 kwietnia 2019 r.;
- 3) 1 lipca 2019 r. – w terminie do dnia 14 lipca 2019 r.;
- 4) 1 października 2019 r. – w terminie do dnia 14 października 2019 r.;
- 5) 1 stycznia 2020 r. – w terminie do dnia 14 stycznia 2020 r.

3. Podwykonawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, przekazuje do świadczeniodawcy informacje o liczbie ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u tego podwykonawcy, w terminie pozwalającym na dochowanie terminów określonych w ust. 2.

4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1–3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez osoby, o których mowa w ust. 1, w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 marca 2020 r. w kwocie stanowiącej iloczyn liczby etatów albo równoważników etatów i kwoty określonej w § 3;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 3, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

5. Świadczeniodawca niezwłocznie po otrzymaniu zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) przekazuje propozycję podziału środków w sposób określony w § 3 przedstawicielom związków zawodowych zrzeszających ratowników medycznych lub dyspozytorów medycznych, działających u świadczeniodawcy, w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków zawodowych porozumienia w sprawie podziału tych środków, w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji;
- 2) w przypadku realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy udziale podwykonawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, informuje tego podwykonawcę o wysokości środków przypadających na ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u tego podwykonawcy.

6. Podwykonawca przekazuje propozycję podziału środków w sposób określony w § 3 przedstawicielom związków zawodowych zrzeszających ratowników medycznych lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, działającym u podwykonawcy, w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków zawodowych porozumienia w sprawie podziału tych środków, w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji. Podwykonawca niezwłocznie po zawarciu porozumienia przekazuje jego kopię do świadczeniodawcy albo informuje go o jego niezawarciu.

7. Świadczeniodawca niezwłocznie po zawarciu porozumienia w sposób, o którym mowa w ust. 5 pkt 1 lub ust. 6, przekazuje podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

8. W przypadku niezawarcia porozumienia w terminie określonym w ust. 5 pkt 1, świadczeniodawca niezwłocznie dokonuje podziału środków, o których mowa w ust. 4 pkt 1, w równej miesięcznej wysokości w sposób określony w § 3, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu ratownika medycznego albo dyspozytora medycznego, i niezwłocznie przekazuje kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

9. W przypadku realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy udziale podwykonawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeniodawca przekazuje podwykonawcy część środków odpowiadającą liczbie etatów albo równoważników etatów osób, o których mowa w ust. 1 pkt 3, celem ich przeznaczenia w sposób określony w ust. 8. Kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie tego podziału podwykonawca przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu za pośrednictwem świadczeniodawcy.

10. Niewykonanie przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, obowiązków wynikających z ust. 1–3 i 5–9 oraz naruszenie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. b, e oraz pkt 2 lit. c załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1 skutkuje nałożeniem na świadczeniodawcę kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości, a także wartość świadczeń, których dotyczyły te nieprawidłowości.

11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa i umieszcza na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z tej umowy;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację podziału środków, o których mowa w § 3;
- 3) sposób przekazywania dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2.

§ 3. Świadczeniodawca oraz podwykonawca, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 3, są obowiązani przeznaczyć środki otrzymane w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych dla osób, o których mowa:

- 1) w § 2 ust. 1 pkt 1, 1b, 2 oraz 3, w przeliczeniu na jeden etat albo równoważnik etatu w wysokości 1600 zł za okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 marca 2020 r.;
- 2) w § 2 ust. 1 pkt 1a, w przeliczeniu na jeden etat albo równoważnik etatu w wysokości 1200 zł za okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 marca 2020 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2019 r.”;

- 5) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1335), które stanowią:

„§ 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.”;

- 6) § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), które stanowią:

„§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekaze do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2019 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza w 2019 r., także według stanu na dzień 1 października 2019 r., i przekazuje do dnia 14 października 2019 r.

3. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca sporządza w 2020 r. według stanu na dzień 1 stycznia 2020 r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2020 r.

4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1–3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2019 r. do dnia 31 marca 2020 r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3, ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681);
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 3, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

§ 3. Do trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4 niniejszego rozporządzenia, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4–8 rozporządzenia, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1 niniejszego rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 7) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2512), które stanowią:

„§ 2. W okresie od dnia 1 kwietnia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, dotyczące świadczeń udzielanych przez ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, innych niż wymienieni w § 16 ust. 4a pkt 4 załącznika do tego rozporządzenia, uwzględniając wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511), w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwoty, o której mowa w § 3 pkt 2 tego rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., z wyjątkiem § 1 pkt 3, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.”.

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

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 29 stycznia 2020 r. (poz. 320)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 8 września 2015 r.

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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia, informację, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym³⁾ podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym³⁾ podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje następujące dane:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;
- 2) wymiar etatu albo równoważnika etatu pielęgniarki albo położnej.

3. Na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ust. 1, obejmujących:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r.;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w ust. 4 lub 5, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

4. Świadczeniodawca, w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian umów, o których mowa w ust. 3, przekazuje podpisane zmienione umowy wraz z:

- 1) kopią uzgodnionego, z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy, porozumienia dotyczącego sposobu podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 pkt 1 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu;
- 2) kopią pozytywnie zaopiniowanego przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sposobu podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 pkt 1 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu – w przypadku gdy u danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473.

³⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 2364), które weszło w życie z dniem 1 października 2017 r.

5. W przypadku niezawarcia porozumienia albo braku pozytywnej opinii, o których mowa w ust. 4, w terminie 7 dni, od dnia przedłożenia przez świadczeniodawcę propozycji sposobu podziału środków określonych w ust. 3 przedstawicielom, o których mowa w ust. 4, sposób podziału tych środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych określa ten świadczeniodawca i przekazuje jego kopię wraz z podpisanymi zmienionymi umowami dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian tych umów.

6. Prezes Funduszu określa:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z tej umowy;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację porozumienia albo pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału środków, o których mowa w ust. 4, albo potwierdzających realizację określonego przez świadczeniodawcę podziału środków, o którym mowa w ust. 5;
- 3) sposób przekazywania dokumentów, o których mowa w pkt 2.

7. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1–6 do wykonywania umów, o których mowa w ust. 3, do dnia 30 czerwca 2016 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 484).

8. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia jednej z umów, o których mowa w ust. 1, w okresie od dnia 1 września 2015 r. a przed dniem 30 czerwca 2016 r., w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnia się postanowienia, o których mowa w ust. 3, na okres od dnia zawarcia tej umowy do dnia 30 czerwca 2016 r. Przepisy ust. 4–7 stosuje się.

§ 3.⁴⁾ Przepisy § 16 ust. 1a, 3–5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 kwietnia 2020 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem:

- 1) § 2, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia⁵⁾;
- 2) § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia, który wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁵⁾.⁶⁾

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), które weszło w życie z dniem 29 sierpnia 2019 r.

⁵⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 15 września 2015 r.

⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 484), które zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491) utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 8 września 2015 r.

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Ilekroć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „ogólnymi warunkami”, jest mowa o:

- 1) cenie jednostkowej – rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
- 2) harmonogramie – rozumie się przez to, stanowiący załącznik do umowy, o której mowa w pkt 14, wykaz zawierający informacje dotyczące:
 - a) dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy,
 - c) sprzętu i aparatury medycznej;
- 3) jednostce rozliczeniowej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
- 4) kapitałowej stawce rocznej – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie, o której mowa w pkt 14, w zakresie lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) okresie rozliczeniowym – rozumie się przez to nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie, o której mowa w pkt 14;
- 6) okresie sprawozdawczym – rozumie się przez to odpowiednio:
 - a) miesiąc kalendarzowy,
 - b) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca
– w przypadku gdy umowa, o której mowa w pkt 14, nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca albo wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - c) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) – w przypadku świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;
- 7)⁷⁾ planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to wykaz objętych umową, o której mowa w pkt 14, zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, zakresów obejmujących profile systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowiący załącznik do umowy;
- 8) (uchylony);⁸⁾
- 9) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 10) rozliczeniu wykonania umowy – rozumie się przez to ustalenie stanu faktycznego, na podstawie którego dokonana zostanie płatność za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane w ramach umowy, o której mowa w pkt 14, w danym okresie rozliczeniowym;
- 11) ryczałcie – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie;
- 11a)⁹⁾ ryczałcie systemu zabezpieczenia – ryczałt, o którym mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2 ustawy;

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁸⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. a tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

- 12) szablonie rachunku – rozumie się przez to informację o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazanych przez Fundusz do ujęcia w rachunku;
- 13) świadczeniach – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy, o której mowa w pkt 14;
- 14)¹⁰⁾ umowie – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 15) ustawie – rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 16) współczynnikach korygujących – rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych:
 - a) grup świadczeniobiorców albo
 - b) świadczeń, albo
 - c) grup świadczeniodawców, albo
 - d) grup osób wykonujących dany zawód medyczny– za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 17)¹¹⁾ zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

§ 1a.¹²⁾ Fundusz nie może zobowiązywać świadczeniodawcy do używania pieczęci lub pieczętek, chyba że obowiązek taki wynika z przepisów prawa.

Rozdział 2

Przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

§ 2. 1. Przedmiotem umów jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w rodzaju:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 5) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 6) rehabilitacja lecznicza;
- 7) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 8) leczenie stomatologiczne;
- 9) leczenie uzdrowiskowe;
- 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 999, 1096, 1590 i 1905), zwanej dalej „ustawą o refundacji”;
- 11) ratownictwo medyczne;
- 12) opieka paliatywna i hospicyjna;
- 13) programy zdrowotne;
- 14) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 15) pomoc doraźna i transport sanitarny.

¹⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret czwarte rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret piąte rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹²⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1335), które weszło w życie z dniem 1 sierpnia 2019 r.

2. Prezes Funduszu, z uwzględnieniem przepisów wydanych na podstawie art. 31d i art. 146 ustawy, może określić jako przedmiot umowy o udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w dwóch lub więcej zakresach lub rodzajach wskazanych w ust. 1 i art. 15 ust. 2 ustawy.

3. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy.

3a.¹³⁾ 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.

4.¹⁴⁾ 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.

5. Opinię, o której mowa w ust. 3, przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia udostępnienia propozycji, o których mowa w ust. 4, chyba że w powiadomieniu Prezes Funduszu wskaże dłuższy termin.

§ 3. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany przestrzegać praw pacjenta.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować kwestionariusz jakości określony przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy oraz okołoperacyjną kartę kontrolną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696).

5. Świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy.

§ 3a.¹⁵⁾ Zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie może obejmować:

1) w przypadku umów, o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy:

- a) całych profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy, lub dodatkowych profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 ustawy,
- b) prowadzenia poradni przyszpitalnej w danej dziedzinie medycyny;

2) w przypadku pozostałych umów – całych zakresów świadczeń.

§ 4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

§ 5. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

§ 6. 1. Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295), zgodnie z harmonogramem.

¹³⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

¹⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

¹⁵⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

2. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym:

- 1) podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub
- 2)¹⁶⁾ zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, lub
- 3) podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi

– jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

2. Zobowiązanie świadczeniodawcy dotyczące pomieszczeń, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy sytuacji, gdy z charakteru świadczeń wynika konieczność ich udzielania poza takimi pomieszczeniami.

3. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na pisemny wniosek świadczeniodawcy. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i udziela zgody albo odmawia jej wydania w formie pisemnej.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wydania zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń lub pomieszczenia nie spełniają wymagań, o których mowa w ust. 1.

§ 8. 1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

2. Świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy.

3. Transport sanitarny, o którym mowa w ust. 2, odbywa się środkami transportu sanitarnego, o których mowa w art. 161ba ustawy, i w składzie osobowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy lub ustalonym z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości udzielania świadczeń, gwarantującymi najkrótszy czas transportu świadczeniobiorcy, odpowiedni do jego stanu zdrowia.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

2.¹⁷⁾ Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

3. Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 2, wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

¹⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

¹⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, w przypadku ambulatoryjnych świadczeń termin ten wynosi 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

5. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

§ 10. 1. Czynności administracyjne związane z realizacją umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych.

2. W przypadku dokonywania zmian umowy, o których mowa w § 6 ust. 2 i § 7 ust. 3, na podstawie zaakceptowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zgłoszeń lub wniosków, dopuszcza się podpisywanie zbiorczych aneksów dotyczących okresów sprawozdawczych, w czasie których dokonano zgłoszeń lub złożono wnioski.

3. Powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, dokonanie zgłoszenia lub złożenie wniosku, o których mowa w ust. 2, z wykorzystaniem serwisów internetowych, o których mowa w ust. 1, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 i § 9 ust. 2 i 5.

4. Serwisy i usługi, o których mowa w ust. 1, udostępnia Fundusz.

5. Sposób i warunki korzystania z poszczególnych serwisów określają postanowienia odpowiednich umów lub upoważnień dotyczących korzystania z usługi świadczonej przez Fundusz przy użyciu systemu teleinformatycznego w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730, 848, 1590 i 2294), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

6. Po podpisaniu umów lub upoważnień, o których mowa w ust. 5, świadczeniodawca jest obowiązany korzystać z serwisów i dbać o aktualność dostępnych w nich informacji przez bieżącą aktualizację dotyczących ich danych.

§ 10a.¹⁸⁾ 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podłączenia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905).

2. Przez podłączenie do systemu, o którym mowa w ust. 1, należy rozumieć uzyskanie przez świadczeniodawcę certyfikatu do uwierzytelnienia systemu w rozumieniu art. 2 pkt 3a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub założenie konta w aplikacji gabinet.gov.pl.

§ 11. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablice ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu.

3. W przypadku gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia są udzielane także przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- 5) praw pacjenta;
- 6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;

¹⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2512), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

- 7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 8) numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- 9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 10a)¹⁹⁾ adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w której świadczeniobiorca 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;
- 11) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 12) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

5. Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 7 i 8, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 12. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dołącza do skierowania.²⁰⁾

- 1) kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz o zastosowanym leczeniu.

4.²¹⁾ Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany piśmiennie 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 2020 r. poz. 172), 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.

5. Informację, o której mowa w ust. 4, lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi lub felczerowi, określonym w ust. 4, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy:

- 1) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
- 2)²²⁾ 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.

6. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1, 2, 4, 5 i 7 ustawy.

7. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.

¹⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

²⁰⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

²¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

²²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

8.²³⁾ Osoby uprawnione na podstawie art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę.

9.²³⁾ Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

10. W związku z zakończeniem leczenia szpitalnego oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej;
- 4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.

§ 13. 1. Świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.

2. W przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie.

3. Świadczenia powinny być udzielane świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany przyjąć świadczeniobiorcę w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, które uniemożliwiają zachowanie tego terminu, świadczeniodawca w każdy dostępny sposób informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu.

5. Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. W przypadku rozwiązania albo wygaśnięcia umowy świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego Funduszu listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację. Przekazanie list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz danych świadczeniobiorców powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy, z wyjątkiem sytuacji, których nie można było przewidzieć.

7. Przepisów ust. 1–6 nie stosuje się do umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

Rozdział 3

Sposób finansowania świadczeń

§ 14. Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

§ 15. 1. Ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, art. 143, art. 159 i art. 161b ustawy, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia.

2. Uzgodnienia, o których mowa w ust. 1, rozpoczynają się od ceny określonej w ofercie złożonej przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy.

3. Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych świadczeń, uwzględniając taryfy świadczeń, w przypadku ich ustalenia.

4. W sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej.

²³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. f rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

5. W celu ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje uzyskane od świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które udostępniają dane o kosztach świadczeń.

§ 16. 1. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna;
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;
- 3) ryczałt;
- 4)²⁴⁾ ryczałt systemu zabezpieczenia.

1a.²⁵⁾ Prezes Funduszu ustala kapitacyjną stawkę roczną w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681).

2. Określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

3.²⁶⁾ Prezes Funduszu określi współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów, z wyłączeniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

4.²⁷⁾ Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględni wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 i § 4a tego rozporządzenia.

4a.²⁸⁾ Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez:

- 1) ratowników medycznych oraz dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne, z wyłączeniem dyspozytorów medycznych będących pielęgniarkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 2) ratowników medycznych zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, na których są wykonywane zadania polegające na kierowaniu i zarządzaniu innymi ratownikami medycznymi lub dyspozytorami medycznymi;
- 3) ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy;
- 4) ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, zatrudnionych w:
 - a) szpitalnych oddziałach ratunkowych,
 - b) izbach przyjęć szpitali posiadających w lokalizacji tej izby oddziały niezbędne do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590).

²⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. g rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

²⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1682), które weszło w życie z dniem 1 września 2018 r.

²⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 18.

²⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 25.

²⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373), które weszło w życie z dniem 1 sierpnia 2018 r.; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 18.

4b.²⁹⁾ Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 4a, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia osób wymienionych w ust. 4a, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, *Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*³⁰⁾ oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

4c.²⁹⁾ Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 4a, uwzględniając wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511), w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwoty, o której mowa w § 3 pkt 1 tego rozporządzenia.

5.³¹⁾ Dokumenty potwierdzające przeznaczenie środków wynikających z ustalenia współczynnika korygującego na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, oraz osób, o których mowa w ust. 4a, ustala Prezes Funduszu.

§ 17. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, jest ustalana przez oddział wojewódzki Funduszu według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę sporządzonej na podstawie posiadanych przez tego świadczeniodawcę deklaracji wyboru.

3. Liczbę świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustaloną w sposób określony w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o potwierdzonej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką oraz szablon rachunku. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach dotyczących poszczególnych osób.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach.

§ 18. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące.

2. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

3. Należność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

5. Postanowienia ust. 1–4 obejmują rozliczenie świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy.

²⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a tiret drugie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511), które weszło w życie z mocą od dnia 1 stycznia 2019 r.; w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 18.

³⁰⁾ Obecnie: Fundusz Solidarnościowy, na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2473), która weszła w życie z dniem 22 grudnia 2019 r.

³¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a tiret trzecie rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 29.

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 1–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz osobom posiadającym prawo do świadczeń, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach dotyczących poszczególnych osób.

7. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, może być określona w przekazywanych przez świadczeniodawcę odrębnych rachunkach.

8. Przepisy ust. 1, 2, 5–7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę na zlecenie osoby uprawnionej, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji.

§ 19. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- 1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego;
- 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

2. Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, z wyjątkiem umów w rodzaju świadczeń ratownictwo medyczne.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, może być określona w odrębnym rachunku.

4. Świadczeniodawca przedstawia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3, w celu ich weryfikacji.

§ 19a.³²⁾ 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania wynoszącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania.

2. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany.

3. Należność, o której mowa w ust. 1, obejmuje koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

§ 20. 1. W przypadku zawarcia z tym samym oddziałem wojewódzkim Funduszu umów na co najmniej dwa z następujących rodzajów świadczeń:

- 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 2) leczenie szpitalne,
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- 7) opieka paliatywna i hospicyjna

– strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

³²⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia z tym samym oddziałem wojewódzkim Funduszu co najmniej dwóch umów na ten sam rodzaj świadczeń.

4. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 15%, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 20%, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 4) ograniczenia dostępności do świadczeń.

5. Przepisy ust. 1–4 stosuje się do:

- 1) umów zawieranych w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w części świadczeń niefinansowanych z budżetu państwa;
- 2) umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1, z wyłączeniem umów dotyczących programów lekowych oraz chemioterapii określonych w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16 ustawy.

§ 21. 1. Strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmiany zawartej umowy, polegającej na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

3. Zmiana umowy, o której mowa w ust. 1, nie może spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20%, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowie na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

§ 22. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 23. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

2. W przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, i szablonu rachunku.

3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

4. W przypadku świadczeń leczenia uzdrowiskowego dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa w terminie 5 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego.

5. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, świadczeniodawca jest obowiązany przekazać kopię właściwego formularza E 112 lub E 123, kopię dokumentu przenośnego S2, S3 albo DA1, kopię poświadczenia lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo kopię certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także określić tryb przyjęcia pacjenta czasowo przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia odpis dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie.

6. Przepisów ust. 5 nie stosuje się w przypadku, gdy prawo do świadczeń zostało potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 1 albo 3 ustawy.

7. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 17 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej.

8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej. W przypadku złożenia rachunku w formie pisemnej dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej. Rachunek w formie elektronicznej oraz dane, o których mowa w zdaniu drugim:

- 1) składa się z wykorzystaniem dedykowanego serwisu internetowego lub usług informatycznych, o których mowa w § 10;
- 2) powinny być zgodne z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu.

§ 24. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 14 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5 i 7–8, z zastrzeżeniem § 25 i 26. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

2. W przypadku świadczeń finansowanych z budżetu państwa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu wyłącznie na podstawie dostarczonych przez świadczeniodawcę rachunków. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 23 ust. 3.

3. W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu, na wniosek świadczeniodawcy złożony do dnia 7 grudnia i na podstawie prognozy wydatków na te świadczenia, ustalonej przez oddział wojewódzki Funduszu w oparciu o harmonogram realizacji umowy świadczeniodawcy. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 23 ust. 3.

4. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.

5. Jeżeli oddział wojewódzki Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 3, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż okres sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 14 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymagań, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.

§ 25. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowskiego oddział wojewódzki Funduszu wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 14 dni od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. Przepisów § 24 ust. 1 i 6 nie stosuje się.

§ 26. 1. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, w terminach, o których mowa w § 23 ust. 3 i 4, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu.

2. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności należności, w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia.

3. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest obowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 23 ust. 5, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

4. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia otrzymania uzupełnionych lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż w terminie płatności przewidzianym dla złożenia prawidłowych dokumentów.

§ 27. 1. Płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.

2. Rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu.

§ 28. 1. W przypadku stwierdzenia przez Fundusz przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

2. W przypadku gdy obowiązek zwrotu środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest obowiązany złożyć oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu korygujące dokumenty rozliczeniowe.

3. 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.³³⁾ Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 4

Kary umowne

§ 29. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W razie ponownego stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone również uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 30 ust. 4.

4. 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.³⁴⁾ W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

4a.³⁵⁾ 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.

5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu potrąca należność z tytułu kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. 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.³⁶⁾ Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

8. (uchylony).³⁷⁾

§ 30. 1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

- 1) do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:
 - a) obciążania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,

³³⁾ Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

³⁴⁾ Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

³⁵⁾ Dodany przez § 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

³⁶⁾ Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

³⁷⁾ Przez § 1 pkt 6 lit. d rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

- b) utrudniania czynności kontrolnych,
 - c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń,
 - e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych,
 - f) udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- 2) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:³⁸⁾
- a) nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
 - c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych,
 - d)³⁹⁾ przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz ustala stawkę ryczałtu systemu zabezpieczenia;
- 3) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, o którym mowa w lit. a–h, w przypadku:⁴⁰⁾
- a) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
 - b) nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym:
 - danych dotyczących list oczekujących,
 - informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
 - c) niewykonywania obowiązków wynikających z § 13 ust. 1,
 - d) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
 - e) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 lub 5,
 - f) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 lub 3,
 - g) nieprzekazania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 lub § 34 ust. 1,
 - h) udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- 4)⁴¹⁾ w przypadku niewykonania obowiązku, o którym mowa w § 10a:**
- a) 5000 zł dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,**
 - b) 1000 zł dla podmiotów innych niż wymienione w lit. a.**

1a.⁴²⁾ W umowach, których dotyczą współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 3 i 4a, zastrzega się karę umowną w wysokości do 5% środków określonych zgodnie z § 16 ust. 3 i 4a oraz postanowienia o zwrocie tych środków, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c.

³⁸⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. i tiret pierwsze podwójne tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

³⁹⁾ Dodana przez § 1 pkt 7 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

⁴⁰⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. i tiret pierwsze podwójne tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴¹⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 18; wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2020 r.

⁴²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 29.

2. Kwotą zobowiązania stanowiącą podstawę nałożenia kary umownej jest kwota zobowiązania w okresie rozliczeniowym, którego dotyczą stwierdzone naruszenia.

3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają sumowaniu, przy czym łączna wysokość nałożonych kar umownych nie może przekraczać 4% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia.

4.⁴³⁾ 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.

§ 31. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją:

- 1) przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, lub
- 2) pacjentom niebędącym świadczeniobiorcami albo osobami uprawnionymi, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, lub
- 3) w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.

3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zapłaty kary umownej nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania. Przepisy § 29 ust. 6 stosuje się.

§ 31a.⁴⁴⁾ Oddział wojewódzki Funduszu prowadzi rejestr kar umownych nakładanych na świadczeniodawców.

Rozdział 5

Tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok

§ 32. 1. W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. W tym samym terminie są ustalane warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.

2. Propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, przedstawia świadczeniodawcy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej.

3. Przygotowanie propozycji, o których mowa w ust. 2, oraz ustalenie kwot zobowiązania na następne okresy rozliczeniowe uwzględnia:

- 1) warunki finansowania ustalone na podstawie postępowań w sprawie zawarcia umów, w tym podlegające ocenie w trakcie tych postępowań;
- 2) wysokość kwot zobowiązania oraz realizację świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach, w tym przesunięć między zakresami i rodzajami świadczeń, o których mowa w § 20 i 21;
- 3) zmiany zasobów świadczeniodawców w zakresie zdolności do udzielania określonej liczby świadczeń oraz spełnienia ustalonych wymagań jakościowych wynikających z przepisów odrębnych i ofert złożonych w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy.

⁴³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

⁴⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 8 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

4. Ustalenie kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, stanowi podstawę sporządzenia i podpisania planu rzeczowo-finansowego.

5. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania, o których mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 1, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń–luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.

7. W przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1–6 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania świadczeń następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

§ 33. Do umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawę nie stosuje się przepisów § 8 ust. 2, § 9 ust. 2–5, § 11 ust. 4 pkt 1–3, 7, 8 i 11 oraz ust. 5, § 12–17, § 19–22, § 23 ust. 2, 4 i 6 oraz § 32.

§ 33a.⁴⁵⁾ 1.⁴⁶⁾ Do umów, o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, nie stosuje się przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20–22 i § 32 w odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia.

2.⁴⁷⁾ 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.

Rozdział 6

Przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia

§ 34. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on obowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od dnia dokonania tych zmian przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca niezwłocznie informuje dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, który wyznacza świadczeniodawcy termin do jej usunięcia, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkody w wyznaczonym terminie lub niemożności jej usunięcia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 36. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy;
- 3) naruszenia § 6 ust. 1 lub 4, lub § 8;
- 4) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 5) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;

⁴⁵⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. j rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴⁶⁾ Oznaczenie ust. 1 nadane przez § 1 pkt 9 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

⁴⁷⁾ Dodany przez § 1 pkt 9 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

- 6) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;
- 7) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy;
- 8) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;
- 9) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, jeżeli w tym przypadku nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2–5, rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

3. W przypadku nieusunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, w wyznaczonym terminie, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu związane z obowiązkiem usunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.

5. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1, rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń.

§ 37. Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

§ 38. Umowa wygasa w całości lub w części:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy lub zaprzestania prowadzenia przez świadczeniodawcę działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy, w zakładzie leczniczym⁴⁸⁾ podmiotu leczniczego, w którym działalność ta jest wykonywana;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 39. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 40. 1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem że fakt oraz data doręczenia zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. W przypadku niepoinformowania przez świadczeniodawcę oddziału wojewódzkiego Funduszu o zmianie adresu siedziby lub adresu do doręczeń, doręczenie oświadczeń, o których mowa w ust. 1, jest skuteczne, jeżeli zostało dokonane pod dotychczasowym adresem.

§ 41. Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Funduszowi na piśmie § 40 stosuje się odpowiednio.

§ 41a.⁴⁹⁾ (uchylony).⁵⁰⁾

§ 42. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa oraz ust. 3 i 4, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

2. W przypadku braku zgody strony na wprowadzenie niezbędnych zmian w treści umowy, wynikających ze zmian stanu prawnego, umowa ulega rozwiązaniu z zachowaniem okresu wypowiedzenia, przy czym ten okres może zostać skrócony nie więcej niż do jednego miesiąca.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie okresu wypowiedzenia.

⁴⁸⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 lit. k rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

⁴⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 10 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

⁵⁰⁾ Przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia dokonania wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

§ 43. 1. Każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy.

2. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

§ 44. Spory między stronami powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słuszych interesów stron.