

Warszawa, dnia 26 czerwca 2023 r.

Poz. 1194

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 23 maja 2023 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 2022 r. poz. 787), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 789);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1203);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1562);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 198);
- 5) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 837).

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

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 789), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;
- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1203), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;
- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1562), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;
- 4) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 198), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;
- 5) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 837), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: wz. *W. Kraska*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 23 maja 2023 r. (Dz. U. poz. 1194)

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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658) 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 2022 r. poz. 2702 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 185), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym 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.

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.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

6. Prezes Funduszu określa:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczenia 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. Przepisy § 16 ust. 1a i 3–5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 lipca 2021 r.

§ 3a.²⁾ Przepisów § 16 ust. 4f pkt 3–5 załącznika do rozporządzenia nie stosuje się w przypadku zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonanej w okresie od dnia 1 kwietnia 2022 r. do dnia 30 kwietnia 2022 r., skutkującej zwiększeniem kwoty zobowiązania.

§ 3b.³⁾ 1. W 2023 r. należność, o której mowa w § 19a ust. 1 załącznika do rozporządzenia, na wniosek świadczeniodawcy, może być powiększona o kwotę stanowiącą 1/12 różnicy między wysokością ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej ustaloną dla danego świadczeniodawcy według stanu na dzień 31 stycznia 2023 r. oraz wysokością tego ryczałtu ustaloną według stanu na dzień 15 maja 2023 r. W przypadku gdy świadczeniodawca w 2022 r. wykonał i sprawozdał w dokumentach rozliczeniowych, o których mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, liczbę jednostek sprawozdawczych stanowiącą mniej niż 90% liczby jednostek będących podstawą do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2022 r., suma kwot, o których mowa w zdaniu pierwszym, jest korygowana współczynnikiem równym ilorazowi liczby jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych za ostatnie 3 okresy sprawozdawcze 2022 r. i 3/12 liczby jednostek sprawozdawczych będących podstawą ustalenia wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy w 2022 r. Współczynnik nie może być większy niż 1.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca składa do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do dnia 22 maja 2023 r.

3. Przy wyliczaniu kwoty, o której mowa w ust. 1, nie uwzględnia się zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej ze zmian przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, które weszły w życie po dniu 31 stycznia 2023 r.

4. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej po dniu 15 maja 2023 r., z powodu:

- 1) zmiany ceny jednostki sprawozdawczej – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega zmianie proporcjonalnie do zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) korekty, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega proporcjonalnej zmianie.

5. Podstawą wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, jest rachunek, o którym mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, składany przez świadczeniodawcę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozlicza, w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wypłacone kwoty, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem ust. 4.

7. Na poczet rozliczenia, o którym mowa w ust. 6, zalicza się jednostki sprawozdawcze wykonane i sprawozdane w dokumentach rozliczeniowych, o których mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, za 2023 r. w liczbie przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2023 r.

²⁾ Dodany przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 789), które weszło w życie z dniem 9 kwietnia 2022 r.

³⁾ Dodany przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 837), które weszło w życie z dniem 3 maja 2023 r.

8. Kwotę środków stanowiącą różnicę między sumą wypłaconych kwot, o których mowa w ust. 1, a kwotą odpowiadającą iloczynowi liczby jednostek sprawozdawczych, o których mowa w ust. 7, ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego), o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, świadczeniodawca jest obowiązany rozliczyć w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

- 1) § 2, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia⁴⁾;
- 2) § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia, który wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia^{4), 5)}

⁴⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 15 września 2015 r.

⁵⁾ 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. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194)

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;
- 3a) jednostce sprawozdawczej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości względnej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczału systemu zabezpieczenia, którą jest punkt;
- 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) 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);
- 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) ryczałcie systemu zabezpieczenia – ryczałt, o którym mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2 ustawy;
- 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) 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) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

§ 1a. 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 2023 r. poz. 826), 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.

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. 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. 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 okołoooperacyjną 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 2022 r. poz. 1876, 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 605).

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. 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 2023 r. poz. 991), zgodnie z harmonogramem.

2. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, 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) zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, lub
- 3)⁶⁾ podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

– jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 198), które weszło w życie z dniem 31 stycznia 2023 r.

§ 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 wniosek świadczeniodawcy, po uzyskaniu zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę. Brak odpowiedzi na wnioski w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania oznacza jego pozytywne rozpatrzenie. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, przed upływem tego terminu, po poinformowaniu o tym wnioskodawcy, wydłużyć termin rozpatrzenia wniosku o kolejne 7 dni. Brak odpowiedzi na wniosek w wydłużonym terminie oznacza jego pozytywne rozpatrzenie.

4. Prezes Funduszu albo 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. Świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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 Prezesa Funduszu albo 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.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo 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 Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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. (uchylony).

3. Dokonanie zgłoszenia, o którym mowa w § 6 ust. 2, złożenie wniosku, o którym mowa w § 7 ust. 3, lub powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, 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 2023 r. poz. 57 i 1123), 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. 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 2022 r. poz. 1555, 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 650).

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;
- 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 Funduszu;
- 10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, 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:

- 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. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie 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 2022 r. poz. 2527), 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) 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.

8.⁷⁾ Osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, nie wystawia świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę, koniecznych do wykonania świadczenia, z wyłączeniem wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, wykonywanych na zamówienie.

9. 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.

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 6.

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 Prezesa 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.

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) ryczałt systemu zabezpieczenia.

1a. 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. Współczynniki te mogą być wyrażone kwotowo.

3. 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 Niepełnosprawnych⁸⁾.

4. Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględnia 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.

⁸⁾ 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.

4a. 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 2022 r. poz. 1720, 1733, 2705 i 2770).

4b. 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 Niepełnosprawnych⁸⁾ oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

4c. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 4a, uwzględniając wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 3 pkt 1⁹⁾ 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, z 2020 r. poz. 545 i 2304 oraz z 2021 r. poz. 657), w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwoty, o której mowa w § 3 pkt 1⁹⁾ tego rozporządzenia.

4d.¹⁰⁾ Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), w brzmieniu z dnia 22 czerwca 2021 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 830 oraz z 2021 r. poz. 1104), w celu przeznaczenia dodatkowych środków na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w tej ustawie.

4e. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i lekarzy dentyistów, posiadających specjalizację, którym na dzień 30 czerwca 2021 r. było należne wynagrodzenie podwyższone w trybie art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532 i 2383 oraz z 2020 r. poz. 2401), biorąc pod uwagę wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z art. 7 tej ustawy.

4f. W przypadku zwiększenia po dniu 1 lipca 2021 r. kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze wzrostu:

- 1) wartości taryfy świadczeń ustalonej po tym dniu,
- 2) wyceny świadczeń dokonanej przez Prezesa Funduszu w trybie § 15 ust. 3 i 4,
- 3) ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej,

⁹⁾ Obecnie § 3 nie zawiera pkt 1, na podstawie § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2304), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

¹⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1562), które weszło w życie z dniem 27 lipca 2022 r.

- 4) ryczałtu,
- 5) ryczałtu systemu zabezpieczenia związanego ze zwiększeniem ceny jednostki sprawozdawczej lub wartości taryfy świadczeń ustalonej po dniu 1 stycznia 2022 r.

– wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu o wartość, o którą wzrosło zobowiązanie z tytułu tego wzrostu, proporcjonalnie do udziału wartości danego współczynnika w sumie wartości współczynników, o których mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, do danej umowy.

4g.¹¹⁾ W przypadku umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, zmniejszenie współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, jest proporcjonalne do udziału w tej umowie ryczałtu systemu zabezpieczenia lub wartości świadczeń opieki zdrowotnej określonej dla szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć lub wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach, których dotyczy wzrost, o którym mowa w ust. 4f pkt 1–5, bez uwzględnienia wskazanych w tej umowie wartości współczynników korygujących, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii.

4h.¹²⁾ W przypadku umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zmniejszenie współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, jest proporcjonalne do udziału w tej umowie wartości świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wzrost, o którym mowa w ust. 4f pkt 1–5, bez uwzględnienia wskazanych w tej umowie wartości współczynników korygujących.

4i.¹³⁾ W przypadku zmniejszenia kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze zmiany zakresu przedmiotowego umowy, wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do udziału wartości świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy zmniejszenie do wartości tej umowy z wyłączeniem wartości współczynników korygujących, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii.

4j.¹³⁾ W przypadku wzrostu kapitacyjnej stawki rocznej w umowach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 4d, ulega zmniejszeniu o wartość iloczynu różnicy wyższej i niższej wartości tej stawki oraz liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców, z uwzględnieniem współczynników korygujących, o których mowa w ust. 2, według stanu na pierwszy dzień miesiąca poprzedzającego pierwszy miesiąc obowiązywania wyższej stawki.

5. 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. W przypadku zaprzestania obejmowania opieką świadczeniobiorców w trakcie okresu sprawozdawczego należność, o której mowa w zdaniu pierwszym, jest ustalana jako suma dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, pomnożona przez iloraz liczby dni obejmowania opieką i liczby dni roboczych w danym okresie sprawozdawczym, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, jest ustalana przez Fundusz 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 Prezesa Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Prezes Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o potwierdzonej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką oraz szablony 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.

¹¹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 10.

¹²⁾ Dodany przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1203), które weszło w życie z dniem 7 czerwca 2022 r.; ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 10.

¹³⁾ Dodany przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 10.

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.

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 na wniosek Funduszu przedstawia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3, w celu ich weryfikacji.

§ 19a. 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 Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego 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 jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Prezes Funduszu albo 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. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia z Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego 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 jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Prezes Funduszu albo 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 Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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:

- 1) prawo do świadczeń zostało potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 1 albo 3 ustawy lub
- 2) świadczeniodawca otrzymał za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, informację o braku konieczności przekazania kopii albo odpisu dokumentu, o którym mowa w ust. 5.

6a. Fundusz niezwłocznie informuje świadczeniodawcę, na jego wniosek, za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, o braku konieczności przekazania kopii albo odpisu dokumentu, o którym mowa w ust. 5.

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

8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek w postaci elektronicznej:

- 1) z wykorzystaniem dedykowanego serwisu internetowego lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1;
- 2) zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu.

9. W przypadku braku możliwości złożenia Funduszowi rachunku w postaci elektronicznej, dopuszcza się złożenie rachunku w postaci papierowej. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w ust. 8.

§ 24. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych 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 Fundusz w oparciu o harmonogram realizacji umowy świadczeniodawcy. Fundusz 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.

3a. W przypadku leków stosowanych w świadczeniach z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17a ustawy, finansowanych z Funduszu Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875 oraz z 2022 r. poz. 2674), 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 Fundusz w oparciu o harmonogram realizacji umowy świadczeniodawcy. Przepis ust. 3 zdanie drugie i trzecie stosuje się.

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

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

6. Prezes Funduszu albo 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 7 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 uzdrowiskowego Fundusz wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 5 dni roboczych od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych.

§ 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, albo nieprzekazanie danych do rejestru medycznego utworzonego na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanego dalej „rejestrem medycznym”, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu albo przekazaniu.

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 albo przekazanie niekompletnych danych do rejestru medycznego, powoduje wstrzymanie płatności należności, w zakresie rozliczenia albo kompletności danych, do których Fundusz powziął zastrzeżenia.

3. Podmiot prowadzący rejestr medyczny zawiadamia Fundusz o:

- 1) nieprzekazaniu danych, o którym mowa w ust. 1,
- 2) przekazaniu niekompletnych danych, o którym mowa w ust. 2,
- 3) uzupełnieniu danych w rejestrze medycznym

– w terminie 7 dni od dnia zaistnienia danej okoliczności.

4. Fundusz 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, albo zawiadomienia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lub 2. W przypadku wstrzymania przez Fundusz 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 albo przekazania danych do rejestru medycznego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

5. Fundusz dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 5 dni roboczych 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 albo zawiadomienia, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.

§ 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 Funduszowi 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, Fundusz dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego lub zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo 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. 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. 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, Fundusz 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. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego lub zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

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

8. (uchylony).

§ 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,
 - 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 lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- 2) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
 - 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) 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:
- nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
 - nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym:
 - danych dotyczących list oczekujących,
 - informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
 - niewykonywania obowiązków wynikających z § 13 ust. 1,
 - gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
 - niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 lub 5,
 - nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 lub 3,
 - nieprzekazania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 lub § 34 ust. 1;
 - (uchylona);
- 4) w przypadku niewykonania obowiązku, o którym mowa w § 10a:
- 5000 zł dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
 - 1000 zł dla podmiotów innych niż wymienione w lit. a.

1a. 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.

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. 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:

- przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, lub
- pacjentom niebędącym świadczeniobiorcami albo osobami uprawnionymi, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, lub
- 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. Fundusz 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, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, albo Prezes 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.

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, Fundusz 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, § 12–15, § 16 ust. 1, § 17, § 19–22, § 23 ust. 2, 4 i 6 oraz § 32.

§ 33a. 1. Przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20–22 i § 32 nie stosuje się do umów:

- 1) w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wyłączeniem umów dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy w odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia.

2. W odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia Prezes 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 Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którymi zawarł umowę, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od dnia dokonania tych zmian informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o dokonaniu zmian.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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 Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, może rozwiązać umowę w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 36. 1. Prezes Funduszu albo 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 wywiązać się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;
- 5a) udzielenia przez świadczeniodawcę w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna porad lekarskich za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w liczbie przekraczającej 90% wszystkich porad lekarskich zrealizowanych przez świadczeniodawcę w okresie sprawozdawczym;
- 6) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla 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, Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności Prezesa Funduszu lub 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 Fundusz 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 leczniczym 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. (uchylony).

§ 40. 1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane:

- 1) listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń lub
- 2) za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, przy zapewnieniu, że składający oświadczenie uzyska potwierdzenie doręczenia pisma.

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 Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, 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. (uchylony).

§ 42. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa oraz ust. 3–5, 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, Prezes Funduszu albo 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.

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.

5. W przypadku zmiany w trakcie realizacji umowy przez Prezesa Funduszu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy lub szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na podstawie art. 136c ust. 5, art. 146 ust. 1 pkt 2 lub art. 159 ust. 2 ustawy, nowe warunki obowiązują od dnia wejścia w życie tej zmiany, o ile świadczeniodawca nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu w terminie 14 dni od dnia wejścia zmiany w życie. W przypadku złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowa ulega rozwiązaniu po upływie 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

§ 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.