

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Dz.U.08.81.484 → z dnia 13 maja 2008 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

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

§ 2.

Postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów obowiązujących do czasu zmiany tych umów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2008 r.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia³⁾.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824, z 2007 r. Nr 64 poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1 Postanowienia ogólne

§ 1.

Ilekoć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej "ogólnymi warunkami", jest mowa o:

- 1) cenie jednostkowej – rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
- 2) Funduszu – rozumie się przez to Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 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) harmonogramie pracy – rozumie się przez to plan pracy jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy, udzielających świadczeń;
- 5) kapitałowej stawce rocznej – rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń;
- 6) okresie rozliczeniowym – rozumie się przez to okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie;
- 7) 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 nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca,
 - c) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu obowiązywania umowy – w przypadku gdy umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - d) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) – w odniesieniu do świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;
- 8) planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to wykaz objętych umową zakresów świadczeń i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w okresie rozliczeniowym oraz cen i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów świadczeń;
- 9) poświadczeniu – rozumie się przez to dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnionej do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 10) rachunku – rozumie się przez to fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2005 r. Nr 8, poz. 60, z późn. zm.²⁾);
- 11) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 12) ryczałcie — rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania, w określonym czasie;
- 13) świadczeniach – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej, stanowiące przedmiot umowy;
- 14) umowie – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zawartą przez Fundusz ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;

- 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 grup wiekowych świadczeniobiorców albo poszczególnych rodzajów świadczeń, przy pomocy których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu świadczeń rozliczanych odpowiednio za pomocą kapitacyjnej stawki rocznej albo ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej;
- 17) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania;
- 18) podwykonawcy – rozumie się przez to podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności.

§ 2.

1. Przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenie stomatologiczne;
- 8) lecznictwo uzdrowiskowe;
- 9) pomoc doraźna i transport sanitarny;
- 10) profilaktyczne programy zdrowotne;
- 11) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi;
- 13) programy zdrowotne;
- 14) ratownictwo medyczne;
- 15) opieka paliatywna i hospicyjna.

2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

3. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców o ich udostępnieniu – drogą pocztową, przy pomocy telefaksu lub poczty elektronicznej.

4. Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana Prezesowi Funduszu w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia udostępnienia propozycji, o których mowa w ust. 3, chyba że w powiadomieniu Prezes Funduszu wskaże dłuższy termin.

Rozdział 2

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

§ 3.

Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu 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.

§ 4.

Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Rozdział 3

Warunki udzielania świadczeń

§ 5.

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.
2. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
5. Świadczeniodawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy.

§ 6.

1. Świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.
2. Zmiany w załączniku, o którym 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 odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.
4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń:
 - 1) w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy;
 - 2) u innego świadczeniodawcy.

§ 7.

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom, określonym w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od

świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 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 wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wyrażonej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana, określonego w umowie, miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, z uwzględnieniem art. 55 ust. 1–3 i 6 ustawy.

2. Świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

§ 9.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy.

2. 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 z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – 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 ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – w terminie 8 dni.

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 ambulatoryjnej opieki zdrowotnej termin ten wynosi 8 dni.

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 dedykowanego serwisu internetowego.

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 serwisu internetowego, o którym 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. Serwis, o którym mowa w ust. 1, prowadzi Fundusz.

5. Zasady korzystania z serwisu określa umowa o korzystaniu z serwisu.

6. Po podpisaniu umowy, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca jest zobowiązany do korzystania z serwisu oraz dbania o aktualność dostępnych w nim informacji poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych.

§ 11.

1. W miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.

2. Świadczeniodawca ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu.

3. W przypadku gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia udzielane są 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 zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń;
- 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;
- 5) praw pacjenta;
- 6) adresu oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta – w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 7) numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”;
- 8) adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 9) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie;
- 10) 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 6 i 7, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 12.

1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

- 1) wyniki 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 i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu.
4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.
5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację, o której mowa w ust. 4.
7. 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 1–6 ustawy.
8. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.
9. Osoby uprawnione na mocy art. 34 lub 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zleceń na środki pomocnicze i wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi oraz ordynować leków.
10. Świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:
 - 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
 - 2) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej;
 - 3) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 13.

1. Świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
2. W przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie.
3. Świadczenia powinny być udzielane przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przyjęcia świadczeniobiorcy w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu, świadczeniodawca w każdy dostępny sposób informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu.
5. Świadczeniodawca prowadzi listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą i przepisami wydanymi na jej podstawie.

Rozdział 4

Sposób finansowania świadczeń

§ 14.

1. Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie.
2. W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, po uwzględnieniu korekty wynikającej ze stosowania współczynników korygujących, o której mowa w § 17 ust. 1.

§ 15.

1. Ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy.
2. Punktem wyjścia uzgodnień, o których mowa w ust. 1, jest cena określona w ofercie złożonej przez podmiot ubiegający 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 zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach.
4. Dokonując wyceny, o której mowa w ust. 3, Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.
5. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu- lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń.
6. Do kalkulacji kosztów przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 5, stosowane są w szczególności zasady określone w przepisach o szczególnych zasadach rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 16.

Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna;
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;
- 3) ryczałt.

§ 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 wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.
2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru.
3. Informację, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. 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 właściwego formularza serii E 100 i rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest 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 i 3 ustawy, jest określona w przekazywanych przez świadczeniodawcę odrębnych rachunkach dla każdej kategorii osób.

§ 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, uwzględniający współczynniki korygujące.

3. Należność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, 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, 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 wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz 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, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

7. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych kategorii osób.

8. Przepisy ust. 1, 2, 5–7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

§ 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 na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, a także udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy, jest

określona w odrębnym rachunku, dotyczącym tej kategorii osób.

5. Świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu, przedstawia kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3 i 4, w celu ich weryfikacji.

§ 20.

1. W przypadku zawarcia umowy 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 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. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego należy złożyć do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

3. 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.

4. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio do umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1.

5. Przepisów ust. 1–4 nie stosuje się do umów, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków.

§ 21.

1. Z zastrzeżeniem § 20, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających 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. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

2. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą 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 umowach 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 wraz z raportem statystycznym, zwane dalej "dokumentami rozliczeniowymi". Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 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.
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 na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, świadczeniodawca jest zobowiązany przekazać kopię właściwego formularza E 112 lub E 123, 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. W przypadku świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy, świadczeniodawca jest zobowiązany przedstawić kopię decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającej prawo do świadczeń.
7. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 17 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej.
8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

§ 24.

1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 15 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. 5–8, 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 (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101) 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. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.
4. Jeżeli oddział wojewódzki Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 3, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.
5. Oddział wojewódzki Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację

finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 14 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymogów, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia dokumentów rozliczeniowych.

§ 25.

Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowiskowego 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 5 nie stosuje się.

§ 26.

1. Przekazywanie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, uwierzytelnionych bezpiecznym podpisem elektronicznym, w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.³⁾), skraca termin, o którym mowa w § 24 ust. 1, o jeden dzień.
2. 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.
3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5 i 6, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w całości lub części należności, w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia.
4. 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 i 6. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest zobowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 23 ust. 5 i 6, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.
5. 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 i 6, 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 następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

§ 28.

1. W przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania 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 zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.
2. W przypadku, gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z

zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu korygujących dokumentów rozliczeniowych.

3. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych 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 zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 5 **Kary umowne**

§ 29.

1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o karze 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 stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych 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. 2.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia 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 zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

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

§ 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 świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
- b) udaremniania kontroli,
- c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,
- e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;

2) do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde

stwierdzone naruszenie, w przypadku:

- a) nieudzielania świadczeń w czasie i 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;
- 3) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:
- a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 i 5,
 - c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 i 3,
 - d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 i § 34 ust. 1,
 - e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
 - f) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - g) nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.
2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo o zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie sprawozdawczym objętym kontrolą.
3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym:
- 1) łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy;
 - 2) łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 4 % kwoty zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy.
4. W przypadku umów zawartych na okres dłuższy niż rok kumulacja, o której mowa w ust. 3, dotyczy kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za rok, w którym stwierdzono naruszenia podlegające karze.

§ 31.

1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.
3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, oddział wojewódzki Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Wyznaczony przez oddział wojewódzki Funduszu termin zapłaty kary nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. Przepisy § 29 ust. 6 stosuje się.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 32.

1. W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, o ile strony nie postanowią inaczej. W tym samym terminie ustalane są warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.
2. Ustalenie, o którym mowa w ust. 1, następuje w drodze zmiany umowy.
3. 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.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, 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.
5. W przypadku, gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1–4 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 przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie stosuje się przepisów § 8 ust. 2, § 9 ust. 2–5, § 11 ust. 4 pkt 1, 2, 3, 6, 7 i 9 oraz ust. 5, § 12–17, § 19–22, § 23 ust. 2, 4 i 6 i § 32.

§ 34.

1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on zobowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian świadczeniodawca w terminie 7 dni przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie.
2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca informuje oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie.

§ 35.

1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki Funduszu, który wyznacza świadczeniodawcy termin do usunięcia przeszkód, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.
2. W przypadku nieusunięcia przeszkód w wyznaczonym terminie lub niemożności ich 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) rażącego naruszenia § 6 ust. 4 lub § 8;

- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - 5) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
 - 6) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;
 - 7) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;
 - 8) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy;
 - 9) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;
 - 10) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, o ile w tym przypadku wcześniej nie nałożono kary umownej z tego tytułu.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2–6, rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w terminie 14 dni lub dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.
3. W przypadku nieusunięcia uchybień, 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 uchybień, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu oraz wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, 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 bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień.

§ 37.

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

§ 38.

Umowa wygasa:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy;
- 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. Doręczenie jest skuteczne również, gdy świadczeniodawca nie poinformował oddziału wojewódzkiego Funduszu o zmianie siedziby lub adresu do doręczeń.

§ 41.

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

§ 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 za wypowiedzeniem, przy czym okres wypowiedzenia 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 terminu, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca, następującego po upływie terminu 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 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 złożenia wniosku 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 powstające w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słuszych interesów stron.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 113, Nr 90, poz. 756, Nr 143, poz. 1199, Nr 179, poz. 1484, z 2006 r. Nr 143, poz. 1028 i 1029, oraz z 2007 r. Nr 168, poz. 1187, Nr 192, poz. 1382.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 85, poz. 727, Nr 86, poz. 732 i Nr 143, poz. 1199, z 2006 r. Nr 66, poz. 470, Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1031, Nr 217, poz. 1590 i Nr 225, poz. 1635 oraz z 2007 r. Nr 105, poz. 721, Nr 112, poz. 769, Nr 120, poz. 818, Nr 195, poz. 1414 i Nr 225, poz. 1671.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 145, poz. 1050.