

1643**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 6 października 2005 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 10 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⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).
- 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.

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

§ 2. Postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia strony tych umów dostosują do przepisów rozporządzenia w terminie do dnia 31 grudnia 2005 r., z uwzględnieniem art. 158 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 10 października 2005 r.

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. (poz. 1643)

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**Rozdział 1****Postanowienia ogólne**

§ 1. Ilekroć 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) 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;
- 3) harmonogramie pracy — rozumie się przez to plan pracy jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) kapitałowej stawce rocznej — rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) okresie rozliczeniowym — rozumie się przez to okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający

się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie;

- 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 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;
- 7) 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;
- 8) poświadczeniu — rozumie się przez to dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹⁾);

- 9) 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.²⁾) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. — Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2005 r. Nr 8, poz. 60, Nr 85, poz. 727, Nr 86, poz. 732 i Nr 143, poz. 1199);
- 10) raporcie statystycznym — rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 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;
- 12) świadczeniach — rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej, stanowiące przedmiot umowy;
- 13) umowie — rozumie się przez to umowę o udzielenie świadczeń zawartą przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;
- 14) ustawie — rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 15) współczynnikach korygujących — rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określające wysokość mnożników dla poszczególnych grup wiekowych świadczeniobiorców albo poszczególnych rodzajów świadczeń, przy pomocy których jest wyliczana wysokość zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu świadczeń rozliczanych odpowiednio za pomocą kapitacyjnej stawki rocznej albo ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej;
- 16) zakresie świadczeń — rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

§ 2. Przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;

¹⁾ 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.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 113, Nr 90, poz. 756, Nr 143, poz. 1199 i Nr 179, poz. 1484.

- 3) leczenie szpitalne;
- 4) programy zdrowotne;
- 5) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 6) rehabilitacja lecznicza;
- 7) opieka długoterminowa;
- 8) leczenie stomatologiczne;
- 9) leczenie uzdrowskowe;
- 10) pomoc doraźna i transport sanitarny;
- 11) profilaktyczne programy zdrowotne;
- 12) świadczenia odrębnie kontraktowane;
- 13) zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

Rozdział 2

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

§ 3. 1. 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.

2. 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.

§ 4. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o zobowiązaniu świadczeniodawcy do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.

2. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia, wynosi równowartość w złotych:

- 1) 46 500 euro w odniesieniu do:
 - a) zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - c) grupowej praktyki lekarskiej prowadzącej działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 2) 25 000 euro w odniesieniu do:
 - a) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej

specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

b) grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

3) 12 000 euro w odniesieniu do:

a) osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej,

b) podmiotów realizujących w ramach umów wyłącznie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

3. Kwoty, o których mowa w ust. 2, ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.

4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

Rozdział 3

Warunki udzielania świadczeń

§ 5. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w Ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, na podstawie art. 146 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.

2. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób 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 wykazem stanowiącym załącznik do umowy.

2. Zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie.

3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego, określonych w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym dla 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 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 miejsca udzielania świadczeń określonego w umowie wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wyrażonej w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku.

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

§ 8. 1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności

obejmujący zapewnienie wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, z zastrzeżeniem 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 w podstawowej opiece zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

3. W przypadku gdy lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby złożył u świadczeniodawcy informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia w sytuacji określonej w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.³⁾), świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą zapewniającej wykonanie tego świadczenia.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio w przypadku, gdy okoliczności, o których mowa w ust. 3, wystąpią w okresie wykonywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 i 4, świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone w przepisach odrębnych, w Ogólnych warunkach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.

§ 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 z wyprzedzeniem nie krótszym niż 30 dni powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń opłacanych w sposób określony w § 16 i 18, 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 Narodowego Funduszu Zdrowia udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845, z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788 i Nr 175, poz. 1461.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

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

§ 10. 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 Narodowym Funduszem Zdrowia, znak graficzny Narodowego Funduszu Zdrowia powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących w szczególności:

- 1) imion i nazwisk osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania;
- 2) zasad zapisu na wizyty ambulatoryjne i domowe;
- 3) trybu składania skarg i wniosków;
- 4) praw pacjenta;
- 5) 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 w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 6) numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego z zastrzeżeniem, że dotyczy to świadczeń udzielanych w związku z: wypadkiem, urazem, porodem, nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia powodującymi zagrożenie życia;
- 7) adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;

8) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej.

5. Informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 5 i 6, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 11. 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, kierując świadczeniobiorcę do lekarza specjalisty lub do szpitala, dołącza do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

2. W przypadku kierowania świadczeniobiorcy z jednej poradni specjalistycznej do innej, jako badania wstępne przekazywane są wyniki badań wykonanych w poradni kierującej oraz inne wyniki badań diagnostycznych, będących w posiadaniu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

3. Lekarz specjalista konsultujący świadczeniobiorcę niezwłocznie informuje lekarza kierującego o wyniku konsultacji na piśmie.

4. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

5. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje oraz pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

§ 12. 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.

Rozdział 4

Sposób finansowania świadczeń

§ 13. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia 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 § 16 ust. 1.

§ 14. Wycenę poszczególnych świadczeń lub odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy.

§ 15. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

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

§ 16. 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 Narodowy Fundusz Zdrowia według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru, i zawierającej dane określone w art. 56 ust. 2 pkt 1 lit. a—c, e i g ustawy.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia do 7 dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia 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. W przypadku świadczeń udzielanych uczniom i studentom uczącym się poza miejscem stałego zamieszkania oraz w przypadku zawarcia umowy na okres krótszy niż rok kalendarzowy przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

§ 17. 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 uwzględniającej 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 należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być 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, rozliczanych na podstawie formularza E-125.

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 5, za okres sprawozdawczy, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób, przekazywanych przez świadczeniodawcę.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, kwoty rachunków wystawionych zgodnie z ust. 6 zawierają się w kwotach należności z tytułu realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, o których mowa w ust. 1 i 2.

8. W przypadku świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.⁴⁾), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, przepisy ust. 5—7 stosuje się odpowiednio.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 99, poz. 1001 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 94, poz. 788, Nr 164, poz. 1366, Nr 175, poz. 1462, Nr 179, poz. 1487 i Nr 180, poz. 1493.

§ 18. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, z zastrzeżeniem ust. 3, 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. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125, należność z tytułu realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, określona w rachunkach, uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawia kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 2, w celu ich weryfikacji.

§ 19. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zawarł z dyrektorem danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowy na co najmniej dwa następujące rodzaje świadczeń:

- 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- 2) leczenie szpitalne,
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) świadczenia odrębnie kontraktowane,
- 6) opieka długoterminowa

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

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 20 %, 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.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1.

4. Przepisów ust. 1—3 nie stosuje się do umów zawieranych na świadczenia opieki zdrowotnej, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków.

§ 20. 1. Z zastrzeżeniem § 19, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany 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.

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

1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia 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.

§ 21. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 19 i 20, świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 22. 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.

2. W przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie informacji, o której mowa w § 16 ust. 3.

3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia 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 serii E-100, 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 poprawność 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. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem, udzielonych osobom, o których mowa w ust. 6, świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawia dodatkowo kalkulację kosztów świadczeń udzielonych poszczególnym osobom.

8. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 16 ust. 2, świadczeniodawca składa w formie elektronicznej.

9. Świadczeniodawca składa Narodowemu Funduszowi Zdrowia rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca składa również w formie elektronicznej.

§ 23. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5—8, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 24 i 25. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

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

3. Jeżeli oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 2, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

4. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, uwzględniając stan posiadanych środków fi-

nansowych 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 obowiązków, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia dokumentów rozliczeniowych.

§ 24. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowiskowego oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 14 dni od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. Przepisy § 23 ust. 1 i 4 nie stosuje się.

§ 25. 1. Przekazywanie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 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.⁵⁾), skracca termin, o którym mowa w § 23 ust. 1, o jeden dzień.

2. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, w terminach, o których mowa w § 22 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 § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5—7, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w całości lub części należności, w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia powziął zastrzeżenia.

4. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5—7. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest zobowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 22 ust. 5—7, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

5. Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia otrzymania uzupełnionych

lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5—7, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż w terminie płatności przewidzianym dla złożenia prawidłowych dokumentów.

§ 26. 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.

§ 27. 1. W przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu.

2. W przypadku wyczerpania procedury odwoławczej oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Rozdział 5

Kary umowne

§ 28. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczeniodawcę 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 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 § 29 ust. 2.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ma prawo potrącania kar umownych, wraz z ustawowymi

⁵⁾ 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 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565.

odsetkami, z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. Złożenie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ust. 1, wstrzymuje możliwość dokonania potrącenia, o którym mowa w ust. 5, do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu.

§ 29. 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) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- b) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
- c) obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
- d) udaremniania kontroli albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
- e) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- f) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,
- g) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych;

2) 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 § 10 ust. 1, 4 i 5,
- c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 10 ust. 2 i 3,
- d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 33 ust. 1,
- e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.

2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo o zaopatrzenie

w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie sprawozdawczym objętym kontrolą.

3. Kary umowne, nałożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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.

§ 30. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej 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 przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Wyznaczony przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia termin zapłaty kary nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku niedokonania zapłaty kary w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami może podlegać potrąceniu z należnych świadczeniodawcy płatności.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 31. Do umów na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie stosuje się następujących przepisów Ogólnych warunków: § 7 ust. 2, § 8 ust. 2—5, § 10 ust. 4 i 5, § 11—21, § 25 ust. 2—4 i § 32.

§ 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.

2. Ustalenie kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1, następuje w drodze zmiany umowy.

3. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania, o której 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 Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń—luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym.

§ 33. 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian świadczeniodawca w terminie 7 dni przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające ich dokonanie.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca informuje oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie.

§ 34. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę, w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 35. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę w części albo 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. 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 nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;

6) udzielania świadczeń z naruszeniem wymagań określonych w § 7 ust. 1;

7) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Narodowemu Funduszowi Zdrowia wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;

8) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podstawą ustalenia kwoty należności;

9) 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;

10) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

11) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2—8, rozwiązanie umowy w części albo całości bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w terminie do 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 Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Złożenie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ust. 1, zawiesza wypowiedzenie umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu, z wyjątkiem sytuacji, o których 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 wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień.

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

§ 37. 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.

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

§ 39. 1. Oświadczenia Narodowego Funduszu Zdrowia 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 powinny być potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. Doręczenie jest skuteczne również, gdy świadczeniodawca nie poinformował oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianie siedziby lub adresu do doręczeń.

§ 40. Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Narodowemu Funduszowi Zdrowia na piśmie § 39 stosuje się odpowiednio.

§ 41. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa, 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 dłużej niż do jednego miesiąca.

§ 42. 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, w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia jego otrzymania nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

§ 43. 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.