

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA <sup>1)</sup>  
z dnia.....**

**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 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788 i Nr 138, poz. 1154), zarządza się, co następuje:

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

§ 2. Ogólnych warunków umów, o których mowa w § 1, nie stosuje się do umów zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

---

<sup>1)</sup> 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).

## OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

### Rozdział I - Postanowienia ogólne

#### § 1.

1. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwane dalej „Ogólnymi warunkami”, stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem” ze świadczeniodawcami.
2. Postanowienia umów, o których mowa w ust. 1, oraz postanowienia Ogólnych warunków, dotyczące świadczeniobiorców stosuje się także do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, na zasadach i w zakresie określonym w tych przepisach i ustawie.
3. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony.

#### § 2.

Ilekość w Ogólnych warunkach 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) „kapitacyjnej 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;

- 4) „kodzie jednostki chorobowej” – kod określony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wydanej przez Światową Organizację Zdrowia;
- 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) „poświadczeniu” – rozumie się przez to dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy;
- 8) „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, po. 535, z 2005 r. Nr 14, poz. 113 i Nr 90, poz. 756) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2005 r. Nr 8, poz. 60<sup>2</sup>);
- 9) „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;
- 10) „świadczeniach” – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej, stanowiące przedmiot umowy;
- 11) „umowie” – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zawartą przez Fundusz ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U z 2005 r. Nr 85, poz. 727 i Nr 86, poz. 732.

- 12) „ustawie” – rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788 i Nr 138, poz. 1154);
- 13) „rodzaju świadczeń” - rozumie się przez to wyodrębnione świadczenia oznaczone wspólną nazwą, o których mowa w § 3;
- 14) „zakresie świadczeń” - rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

## **Rozdział II - Zakres przedmiotowy umów**

### **§ 3.**

Przedmiotem umów jest udzielanie następujących rodzajów świadczeń:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) programy zdrowotne;
- 5) leczenie psychiatryczne i uzależnień;
- 6) rehabilitacja lecznicza;
- 7) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opieka paliatywno-hospicyjna;
- 8) leczenie stomatologiczne;
- 9) leczenie uzdrowiskowe;
- 10) ratownictwo medyczne;
- 11) transport sanitarny;
- 12) programy profilaktyczne i promocja zdrowia;
- 13) świadczenia odrębnie kontraktowane;
- 14) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

## **Rozdział III - Odpowiedzialność świadczeniodawcy**

### **§ 4.**

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 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.

## **Rozdział IV – Warunki udzielania świadczeń**

### **§ 5.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w odrębnych przepisach.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest 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 zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
5. Świadczeniodawca jest obowiązany 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. Umowa określa wymaganą dla danego świadczeniodawcy ilość personelu medycznego spełniającego wymagania kwalifikacyjne niezbędne do zapewnienia prawidłowego wykonywania świadczeń.

2. Zmiany dotyczące spełniania przez świadczeniodawcę wymagań kwalifikacyjnych personelu medycznego, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu 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.
4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym dla udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, o którym mowa w § 9 ust. 1, nie mogą udzielać świadczeń:
  - 1) u tego samego świadczeniodawcy w dwóch różnych rodzajach świadczeń, o których mowa w § 3;
  - 2) u innego świadczeniodawcy.

#### **§ 7.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom, określonym w odrębnych przepisach, 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 Funduszu, wyrażonej w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku.
4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 3, o ile spełnione są warunki określone w ust. 1.

#### **§ 8.**

1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń będących przedmiotem umowy, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący zapewnienie wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

2. Świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, zobowiązany jest 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 zatrudniony u świadczeniodawcy złożył informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia z przyczyn określonych w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.<sup>3)</sup>), obowiązany jest 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.
5. Udzielanie świadczeń będących przedmiotem umowy może być zlecone przez świadczeniodawcę podwykonawcom wymienionym w umowie, z zastrzeżeniem ust. 6. Zakres świadczeń zleczanych podwykonawcom nie może obejmować pełnego zakresu świadczeń określonych w umowie.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, 4 i 5, świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone w przepisach odrębnych.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, 4 i 5 umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o zobowiązaniu się podwykonawcy do poddania się kontroli Funduszu w zakresie wydatkowania środków finansowych przekazanych podwykonawcy przez świadczeniodawcę i udzielania świadczeń oraz o nałożeniu przez świadczeniodawcę na podwykonawcę kary umownej w wysokości stanowiącej równowartość zobowiązania wynikającego z umowy w przypadku odmowy poddania się kontroli Funduszu.
8. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wskazanym w umowie lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym dokonanie zmiany.

---

<sup>3)</sup>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 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i poz. 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135.

## **§ 9.**

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-ilościowym, stanowiącymi załączniki do umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Świadczeniodawca z wyprzedzeniem nie krótszym niż 30 dni powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń opłacanych w sposób określony w § 17 i 19, 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, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
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.
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. W miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca zobowiązany jest do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń na podstawie umowy 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.
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 zobowiązany jest 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 w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa;
  - 6) numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa;
  - 7) 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 powodujących zagrożenie życia;
  - 8) adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 5, 6 i 7 powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

## **§ 11.**

1. Skierowanie do lekarza specjalisty, szpitala i na zabiegi rehabilitacji leczniczej zawiera w szczególności:
  - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem, o ile umowa taka została zawarta;
  - 2) datę wystawienia skierowania;
  - 3) PESEL oraz imię i nazwisko świadczeniobiorcy, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: imię i nazwisko, numer identyfikacyjny uprawnionego oraz nazwę instytucji właściwej;
  - 4) rozpoznanie będące podstawą skierowania i kod jednostki chorobowej;
  - 5) cel skierowania (porada, konsultacja, przekazanie do leczenia, rodzaj procedury);
  - 6) podpis i pieczętkę lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu.

2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dotychczas wykonane badania diagnostyczne lub opis dotychczasowego leczenia lub postępowania.
3. W przypadku konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego po zakończeniu leczenia szpitalnego lekarz zatrudniony lub wykonujący zawód w tym szpitalu wystawia skierowanie. Za skierowanie uznaje się także kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, spełniającą wymagania określone w ust. 1 i 2.
4. Skierowanie na leczenie specjalistyczne dotyczy całości świadczeń związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia.
5. Skierowanie na badanie diagnostyczne współfinansowane przez Fundusz zawiera:
  - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
  - 2) datę wystawienia skierowania;
  - 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny osoby, i rodzaj dokumentu ją identyfikującego i numer identyfikacyjny instytucji właściwej;
  - 4) zlecone badania;
  - 5) podpis i pieczętkę lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu;
  - 6) rozpoznanie będące podstawą skierowania i kod jednostki chorobowej.
6. Skierowanie do szpitala lub na badania diagnostyczne wystawione i podpisane przez uprawnionego członka zespołu ratownictwa medycznego może nie zawierać danych świadczeniobiorcy, o których mowa w ust. 1 pkt 3 oraz pieczęci lekarza.

## **§ 12.**

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kierując świadczeniobiorcę do lekarza specjalisty lub do szpitala dołącza do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem 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 umożliwiających potwierdzenie rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

3. Lekarz specjalista konsultujący świadczeniobiorcę informuje lekarza kierującego o wyniku konsultacji na piśmie w terminie nie dłuższym niż 3 dni od przeprowadzenia konsultacji. W przypadkach wymagających natychmiastowego podjęcia lub kontynuacji leczenia, lekarz konsultujący niezwłocznie informuje lekarza kierującego o wyniku konsultacji.
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.

### **§ 13.**

1. Świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
2. W stanach nagłych oraz w przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie.
3. Świadczenia powinny być udzielane przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z odrębnymi przepisami.

## **Rozdział V- Sposób finansowania świadczeń**

### **§ 14.**

1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określona w umowie, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 1 ustawy, jest to wartość, do jakiej Fundusz zobowiązuje się sfinansować świadczenia opieki zdrowotnej, będące przedmiotem umowy i wykonane w okresie rozliczeniowym.

2. W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń opieki zdrowotnej 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.**

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

### **§ 16.**

Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

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

### **§ 17.**

1. W przypadku świadczeń rozliczanych w oparciu o kapitacyjną stawkę roczną, 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, o których mowa w § 20 pkt 1-3 i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących, o których mowa w § 20 pkt 1-3.
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 w oparciu o posiadane deklaracje 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 Funduszu do 7 dnia 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 finansowania świadczeń 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, ust. 1 stosuje się odpowiednio.

### **§ 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 uwzględniającej współczynniki korygujące, określone w § 20 pkt 4-6.
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, określone w § 20 pkt 4-6.
3. Należność, o której mowa w ust. 2 nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-ilościowym, dla danego zakresu świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4.
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 – ilościowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

### **§ 19.**

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 ryczału dobowego;
  - 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczału 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 uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu, przedstawia kalkulację uzasadnionych kosztów, o których mowa w ust. 2, w celu ich weryfikacji.

## **§ 20.**

Ustala się współczynniki korygujące dla następujących rodzajów i zakresów świadczeń:

- 1) stawka kapitacyjna w zakresie świadczeń lekarza POZ zawiera współczynniki korygujące dla świadczeniobiorców w następujących przedziałach wiekowych:
  - a) od 0 do 6 roku życia – 1,5,
  - b) od 7 roku życia do 65 roku życia – 1 (stawka bazowa),
  - c) powyżej 65 roku życia – 2,
  - d) podopieczni DPS, podopieczni placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych – 2,5;
- 2) stawka kapitacyjna w zakresie świadczeń pielęgniarki rodzinnej zawiera współczynniki korygujące dla świadczeniobiorców w następujących przedziałach wiekowych:
  - e) od 0 do 6 roku życia - 1,5,
  - f) od 7 roku życia do 65 roku życia - 1 (stawka bazowa),
  - g) powyżej 65 roku życia – 2,
  - h) podopieczni DPS, podopieczni placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych – 2,5;

- 3) stawka kapitaacyjna w zakresie świadczeń położnej rodzinnej zawiera wskaźniki korygujące dla świadczeniobiorców w następujących przedziałach wiekowych:
- a) od 0 do ukończenia 2 m-ca życia – 2,5,
  - b) powyżej 2 m-ca życia – 1 (stawka bazowa);
- 4) stawka kapitaacyjna w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego zawiera współczynniki korygujące dla świadczeniobiorców w następujących rodzajach szkół:
- a) dla uczniów: szkoły podstawowej, gimnazjum, liceum, liceum profilowanego (bez nauki w warsztatach) – 1 (stawka bazowa),
  - b) dla uczniów: zasadniczej szkoły zawodowej i technikum prowadzącego naukę w warsztatach w szkole oraz uczniów klas integracyjnych i sportowych - 1,4,
  - c) dla uczniów szkoły specjalnej dla dzieci i młodzieży stosuje się następujące współczynniki korygujące:
    - dla uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; niewidomych i niedowidzących; głuchych i niedosłyszących; przewlekle chorych - z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo; z umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo – 4,
    - dla uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo – 7,5,
    - dla uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo – 20;
- 5) dla świadczeń wykonywanych w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne ustala się następujące współczynniki korygujące dla poszczególnych zakresów świadczeń, zgodnie z grupami określonymi w tabeli:
- a) dla świadczeń z grupy I – współczynnik korygujący 1,14,
  - b) dla świadczeń z grupy II - 1,05,
  - c) dla świadczeń z grupy III – 1,02,
  - d) dla świadczeń z grupy IV – 1 (stawka bazowa),
  - e) dla świadczeń z grupy V – 0,92,

Grupa	lp.	Zakres świadczeń / Nazwa komórki organizacyjnej /
I	1	Endokrynologiczna
	2	Endokrynologiczna dla dzieci
	3	Endokrynologiczno – ginekologiczna
	4	Andrologiczna
	5	Hepatologiczna
	6	Hematologiczna
	7	Hematologiczna dla dzieci
	8	Immunologiczna
	9	Genetyczna
	10	Onkologiczna
	11	Onkologiczna dla dzieci
	12	Chemioterapii
	13	Radioterapii
	14	Gruźlicy i choroby płuc
	15	Gruźlicy i choroby płuc dla dzieci
	16	Pulmonologiczna
	17	Ftyzjatryczna
	18	Ftyzjatryczna dla dzieci
	19	Chorób zakaźnych
	20	Chorób zakaźnych dla dzieci
	21	AIDS
	22	WZW
	23	Chorób tropikalnych
	24	Chorób odzwierzęcych i pasożytniczych
	25	Leczenia jaskry
	26	Leczenie zeza
	27	Leczenia mukowiscydozy
	28	Nowotworów krwi
II	29	Chorób metabolicznych
	30	Alergologiczna
	31	Alergologiczna dla dzieci
	32	Alergii pokarmowej
	33	Alergii oddechowej
	34	Alergii skórnej
	35	Kardiologiczna
	36	Kardiologiczna dla dzieci
	37	Wad serca
	38	Nadciśnienia tętniczego
	39	Zaburzeń rytmu serca
	40	Nefrologiczna
	41	Nefrologiczna dla dzieci
	42	Toksykologiczna
	43	Leczenia padaczki
	44	Parkinsonizmu i chorób układu pozapiramidowego
	45	Stwardnienia rozsianego



	46	Reumatologiczna
	47	Reumatologiczna dla dzieci
	48	Zaburzeń i wad rozwojowych dzieci
	49	Chirurgii ogólnej dla dzieci
	50	Chirurgii onkologicznej dla dzieci
	51	Chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci
	52	Urologiczna
	53	Urologiczna dla dzieci
	54	Transplantologiczna
	55	Transplantacji nerek
	56	Transplantacji serca
	57	Transplantacji wątroby
	58	Transplantacji szpiku
III	59	Diabetologiczna
	60	Diabetologiczna dla dzieci
	61	Leczenia niepłodności
	62	Gastroenterologiczna
	63	Gastroenterologiczna dla dzieci
	64	Gastrologiczna
	65	Patologii ciąży
	66	Okresu przekwitania
	67	Profilaktyki chorób piersi
	68	Osteoporozy
IV	69	Chorób jelitowych
	70	Chorób naczyń
	71	Neurologiczna
	72	Neurologiczna dla dzieci
	73	Ginekologiczno - położnicza
	74	Ginekologiczna dla dziewcząt
	75	Chirurgii ogólnej
	76	Chirurgii przewodu pokarmowego
	77	Chirurgii endokrynologicznej
	78	Chirurgii klatki piersiowej
	79	Chirurgii naczyniowej
	80	Chirurgii onkologicznej
	81	Chirurgii plastycznej
	82	Chirurgii ręki
	83	Oparzeń
	84	Kardiochirurgiczna
	85	Neurochirurgiczna
	86	Neurochirurgiczna dla dzieci
	87	Chirurgii urazowo-ortopedycznej
	88	Okulistyczna
	89	Okulistyczna dla dzieci
	90	Otolaryngologiczna
	91	Otolaryngologiczna dla dzieci
	92	Audiologiczna
	93	Foniatryczna

	94	Chirurgii szczękowo-twarzowej
	95	Schorzeń tarczycy
	96	Endokrynologiczna osteoporozy
	97	Geriatryczna
V	98	Dermatologiczna
	99	Leczenia bólu
	100	Chorób mięśni
	101	Medycyny sportowej
	102	Neonatologiczna
	103	Proktologiczna
	104	Wad postawy
	105	Preluksacyjna
	106	Logopedyczna
	107	Pediatryczna szczepień dla dzieci z grup wysokiego ryzyka

6) dla świadczeń wykonywanych w rodzaju: leczenie stomatologiczne ustala się następujące współczynniki korygujące dla poszczególnych zakresów świadczeń:

- a) leczenie ogólnostomatologiczne – 1 (stawka bazowa),
- b) leczenie stomatologiczne z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz leczenie stomatologiczne z zakresu periodontologii – 2,
- c) leczenie stomatologiczne z zakresu protetyki oraz leczenie stomatologiczne z zakresu ortodoncji – 1,3,
- d) leczenie protetyczne osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki – 1,7,
- e) leczenie stomatologiczne osób upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i głębokim, w znieczuleniu ogólnym, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych – 5,
- f) leczenie stomatologiczne osób z wysokiego ryzyka, nosicieli wirusa HIV oraz chorych na AIDS – 4,
- g) stomatologiczna pomoc doraźna – 4000, przy czym współczynnik odnoszony jest do ceny jednego punktu przyjętej dla leczenia ogólnostomatologicznego;

7) dla świadczeń udzielanych w rodzaju: rehabilitacja lecznicza:

- a) w przypadku świadczeniodawców:
  - posiadających pomieszczenia w szczególności: gabinety kinezyterapii, psychoterapii indywidualnej i grupowej, terapii zajęciowej, pełnego zakresu fizykoterapii,

- posiadających systemy komputerowe stosowane w indywidualnej rehabilitacji, basen, kriokomorę ogólnoustrojową i inne pomieszczenia zgodne z zakresem udzielanych świadczeń,
  - zatrudniających specjalistów w ilości pozwalającej na prowadzenie codziennej, indywidualnej terapii minimum przez 1 godzinę dziennie,
  - zatrudniających co najmniej 50% terapeutów posiadających wyższe wykształcenie zgodne z zakresem udzielanych świadczeń,
  - posiadających akredytację do prowadzenia specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej lub fizjoterapii
  - współczynnik korygujący - 1,2,
- b) w przypadku świadczeniodawców niespełniających co najmniej jednego z warunków określonych w lit. a - współczynnik korygujący – 1 (stawka bazowa).

## **§ 21.**

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca zawarł z dyrektorem danego oddziału wojewódzkiego Funduszu umowy na co najmniej dwa następujące rodzaje świadczeń:
  - 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
  - 2) leczenie szpitalne;
  - 3) leczenie psychiatryczne i uzależnień;
  - 4) rehabilitacja lecznicza;
  - 5) świadczenia odrębnie kontraktowane;
  - 6) opieka długoterminowa i paliatywno-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 zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zmiany umów, o których mowa 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 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.

## **§ 22.**

1. Z zastrzeżeniem § 21, 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 rodzajów świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zmiany umów, o których mowa 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.

## **§ 23.**

W przypadku dokonania zmiany umowach w trybach określonych w § 21 i § 22, 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.

## **§ 24.**

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zawierającym informacje o poszczególnych świadczeniach, udzielonych w okresie

sprawozdawczym, 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 w oparciu o informację, o której mowa w § 17 ust. 3.
  3. Dokumenty rozliczeniowe, świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, z zastrzeżeniem ust. 4 i 6.
  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 zobowiązany jest 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 określenie trybu 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 zobowiązany jest 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. 5, świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu przedstawia dodatkowo kalkulację kosztów świadczeń udzielonych poszczególnym osobom.
- 2) Raport statystyczny, o którym mowa w ust. 1, i informację, o której mowa w § 17 ust. 2, świadczeniodawca składa w formie elektronicznej zgodnie z § 30 ust. 2.

- 3) Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca składa również w formie elektronicznej zgodnie z § 30 ust. 2.

### **§ 25.**

1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 15 dni, po dostarczeniu przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 24 ust. 5-8, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 26 i 27. 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 Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 2, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.
4. Oddział wojewódzki Funduszu uwzględniając stan posiadanych środków finansowych, dokonuje 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.

### **§ 26.**

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 § 25 ust. 1 i 4 nie stosuje się.

### **§ 27.**

1. Przekazywanie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, uwierzytelnionych bezpiecznym podpisem elektronicznym, skraca termin, o którym mowa w § 25 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 § 24 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 § 24 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 Funduszu powziął zastrzeżenia.
4. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 24 ust. 5-7. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności w całości lub w części, świadczeniodawca zobowiązany jest do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 24 ust. 5-7, 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 § 24 ust. 5-7, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż wynikałoby to z terminu płatności, gdyby dokumenty zostały złożone prawidłowo.

## **§ 28.**

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.

### **§ 29.**

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 do ich zwrotu.

## **Rozdział VI - Sposób gromadzenia i przekazywania danych**

### **§ 30.**

1. Świadczeniodawca gromadzi dane w zakresie i na zasadach określonych przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.
2. Świadczeniodawca przekazuje Funduszowi dane, o których mowa w ust. 1, w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych określonym przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy i publikowanym na stronach internetowych Funduszu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565).

## **Rozdział VII – Kontrola realizacji umów i kary umowne**

### **§ 31.**

Fundusz przeprowadza kontrole realizacji umów przez świadczeniodawców w sposób i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 64 ust. 10 ustawy.

### **§ 32.**

1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu 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, dla zakresu, w obrębie którego stwierdzono naruszenie, oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.
3. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania



umowy, wysokość kary umownej w zakresie powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 33 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, termin ten wydłuża się do dnia dokonania płatności przez Fundusz.
5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych, wraz z ustawowymi odsetkami, z przysługujących świadczeniodawcy należności, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Złożenie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o których mowa w ust 1, wstrzymuje możliwość dokonania potrącenia, o którym mowa w ust. 5, do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu.

### **§ 33.**

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 1% 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 będących przedmiotem umowy,

- g) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;
- 2) do 0,5% 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 § 36 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 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 Fundusz podlegają kumulacji, przy czym:
- 1) łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy;
  - 2) łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 3% kwoty zobowiązania Funduszu z umowy wobec świadczeniodawcy.

## **Rozdział VIII - Postanowienia końcowe**

### **§ 34.**

Do umów na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie stosuje się następujących przepisów Ogólnych warunków: § 8 ust. 2, § 9 ust. 2-5, § 10 ust. 4 i 5, § 11-13, § 14-23, § 26, § 27 ust. 2-4, § 35.

### **§ 35.**

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 30 listopada.
2. Zmiana 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 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.

### **§ 36.**

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, zobowiązany jest 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.

### **§ 37.**

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.

### **§ 38.**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części lub 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. 5, § 8 lub § 36;
  - 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub 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 Funduszowi wywiązać 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 Funduszu 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 Fundusz;
  - 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 lub 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 Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Złożenie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, 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 nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień.

### **§ 39.**

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.

### **§ 40.**

Umowa wygasa:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy;
- 2) po upływie 2 miesięcy od dnia zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

### **§ 41.**

Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### **§ 42.**

1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń za potwierdzeniem odbioru przez świadczeniodawcę.
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 Funduszu o zmianie siedziby lub adresu do doręczeń.

#### **§ 43.**

Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Funduszowi na piśmie § 42 stosuje się odpowiednio.

#### **§ 44.**

1. W przypadku zmiany przepisów ustawy, w trakcie obowiązywania umowy, postanowienia umów wygasają w zakresie w jakim są sprzeczne z obowiązującymi przepisami.
2. 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.
3. 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 bardziej niż do jednego miesiąca.

#### **§ 45.**

1. Spory między stronami powstające w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słusznym interesów stron.
2. Sądem właściwym do rozpoznawania sporów między stronami umowy związanych z jej realizacją jest sąd właściwy miejscowo dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 137 ust. 10 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 i oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788 i Nr 138, poz. 1154), zwanej dalej „ustawą”.

Rozporządzenie wydane na podstawie wskazanego przepisu, stosownie do art. 137 ust. 12 ustawy, będzie obowiązywało w niezmienionym brzmieniu nie mniej niż 2 lata. Po upływie tego terminu, w przypadku zaistnienia istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji umów, rozporządzenie może zostać zmienione.

Przygotowanie przedmiotowego projektu zostało poprzedzone negocjacjami przeprowadzonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców, zgodnie z art. 137 ust. 1-6 ustawy. Wskutek nieustalenia wspólnego stanowiska stron negocjacji w terminie do dnia 30 czerwca 2005 r., obowiązek opracowania OWU, spoczął na Ministrze Zdrowia. W dotychczasowym stanie prawnym ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „OWU”, wydawane były w formie zarządzenia Prezesa NFZ i nie miały rangi przepisów powszechnie obowiązujących.

Projekt OWU zawiera regulacje dotyczące warunków udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiedzialności świadczeniodawcy, zasad gromadzenia i przekazywania danych, kontroli realizacji umów i kar umownych oraz zasad rozwiązywania umów.

Pierwszą najważniejszą zmianą w stosunku do dotychczasowych przepisów w sprawie OWU, jest usunięcie przepisów przekazujących uregulowanie kwestii szczegółowych do materiałów informacyjnych wydawanych w formie zarządzenia Prezesa NFZ. Pozostawienie wskazanych odesłań stanowiłoby subdelegację naruszającą art. 92 ust. 2 Konstytucji RP, naruszałoby konstytucyjny system źródeł prawa i zasadę pewności prawa wywodzoną z art. 2 Konstytucji RP. Ponadto należy wskazać na przepisy § 22 w zw. z § 132 oraz na § 156 i nast. rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie Zasad Techniki

Prawodawczej (Dz. U. Nr 100, poz. 908), z którego jednoznacznie wynika, iż przedmiotem odesłań wprowadzanych do aktów prawnych mogą być wyłącznie przepisy powszechnie obowiązujące.

Istotnym *novum* projektowanych OWU jest usunięcie przepisów nakładających na świadczeniodawców obowiązek posiadania polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (OC). Przy braku ustawowych regulacji nakładających na świadczeniodawców obowiązek ubezpieczenia w zakresie OC, niedopuszczalne jest uregulowanie tej kwestii w akcie prawnym niższego rzędu, jakim jest rozporządzenie. Naruszałoby to art. 2, 31 i 92 Konstytucji RP, w szczególności poprzez przekroczenie zakresu upoważnienia ustawowego, naruszenie zasady, iż nakładanie obowiązków na obywateli wymaga przepisu ustawowego (wyrok TK sygn: 83/8A/2004), zasady zaufania do państwa i tworzonego przez nie prawa, zasady pewności prawa i zasady określoności przepisów prawa, które zgodnie z orzecznictwem TK (np. sygn.: K 34/03, Kp 1/04, K33/00, K 32/02) powinno być sformułowane w sposób niepozostawiający organom wykonującym prawo i organom upoważnionym do wydawania aktów wykonawczych nadmiernej swobody w szczególności w zakresie nakładania na obywateli obowiązków i ograniczeń konstytucyjnych wolności.

Inną istotną zmianą w projektowanych OWU jest zobowiązanie świadczeniodawcy powołującego się na tzw. „klauzulę sumienia” w przypadkach odmowy wykonania świadczenia do zlecenia wykonania świadczenia podwykonawcy (§ 8 ust. 3 OWU). W ocenie Ministra Zdrowia, przy poszanowaniu prawa lekarzy do odmowy wykonania świadczenia w przypadku, gdy jest ono niezgodne z jego światopoglądem, za niedopuszczalne należy uznać dotychczasowe praktyki, uniemożliwiające stosowanie powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Problem ten dotyczy zwłaszcza odmowy wykonywania zabiegu przerwania ciąży w warunkach określonych w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U nr 17, poz. 78, z późn. zm.) oraz odmowy skierowania na badania prenatalne.

Kolejną bardzo znaczącą zmianą jest wprowadzenie regulacji umożliwiającej NFZ kontrolowanie wykonywania umów przez podwykonawcę (§ 8 ust. 6 OWU). Z uwagi na brak przepisu ustawowego umożliwiającego przeprowadzanie przez NFZ kontroli



bezpośrednio u podwykonawcy, niemożliwe jest nadanie NFZ w niniejszym rozporządzeniu uprawnienia do bezpośredniego kontrolowania podwykonawców. Z drugiej strony należy mieć na uwadze, iż NFZ należy do sfery finansów publicznych i podlega regulacji ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.), zatem jest zobowiązany do kontrolowania sposobu wydatkowania środków finansowych będących w jego dyspozycji, które są środkami publicznymi w rozumieniu art. 3 ustawy o finansach publicznych. Należy również mieć na względzie ustawowe zadania NFZ, w szczególności obowiązek zapewnienia dostępności do świadczeń wykonywanych w sposób określony w umowie zawartej ze świadczeniodawcami i w przepisach powszechnie obowiązujących.

Z tego względu w projektowanych OWU wprowadzono przepis zobowiązujący świadczeniodawców do wprowadzenia do umów zawieranych z podwykonawcami zastrzeżenia o zobowiązaniu się podwykonawcy do poddania się kontroli Funduszu w zakresie wydatkowania środków finansowych przekazanych podwykonawcy przez świadczeniodawcę i udzielania świadczeń przez podwykonawcę.

Ponadto projektowane OWU zawierają określenie:

- 1) zakresu podmiotowego umów – w sposób zgodny z art. 15 ust 2 ustawy;
- 2) odpowiedzialności świadczeniodawcy za udzielanie i zaniechanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (w sposób zgodny z art. 471 KC) i za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 3) warunków udzielania świadczeń, w których określono obowiązki świadczeniodawcy o charakterze organizacyjnym:
  - a) obowiązek wykonywania świadczeń w pomieszczeniach i z użyciem sprzętu medycznego spełniającego wymagania określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa (zmiana miejsca udzielania świadczeń wymaga zgody NFZ, co ma zapobiegać dezorganizowaniu struktury udzielania świadczeń);
  - b) zakaz wykonywania świadczeń przez te same osoby w tym samym czasie u różnych świadczeniodawców oraz u tego samego świadczeniodawcy w równych rodzajach świadczeń, co ma zapobiegać utrudnianiu dostępności do świadczeń wskutek nieobecności personelu medycznego u danego świadczeniodawcy w określonych godzinach,

- c) obowiązek informowania NFZ o przerwie w udzielaniu świadczeń (w przypadku przerwy planowanej wymagane jest uzyskanie zgody NFZ, co ma zapobiegać dezorganizowaniu struktury udzielania świadczeń);
  - d) obowiązek podanie do wiadomości świadczeniobiorców w szczególności informacji o miejscu, godzinach oraz osobach udzielających świadczeń (§ 10 OWU);
  - e) sposób kierowania świadczeniobiorcy na badania, do lekarza specjalisty i do szpitala oraz sposób informowania lekarza kierującego o przeprowadzeniu konsultacji;
  - f) sposób rejestrowania świadczeniobiorców.
- 4) sposobów finansowania świadczeń:
- a) według stawki kapitałowej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej i ryczałtowo, z uwzględnieniem współczynników korygujących, które w dotychczasowej praktyce w zasadzie nie wzbudzają sporów pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami,
  - b) zmiany umów polegające na przesuwaniu środków finansowych pomiędzy rodzajami i zakresami świadczeń – przyjęto jako dopuszczalną granicę przesunięć kwotę stanowiącą nie więcej niż 20% kwoty zobowiązania dla danego rodzaju albo zakresu świadczeń, co jest wartością zapobiegającą naruszeniu struktury udzielania świadczeń,
  - c) terminy przekazywania dokumentów stanowiących podstawę rozliczeń pomiędzy NFZ i świadczeniodawcami oraz wypłaty należności z tytułu realizacji umowy, a także sposób rozliczeń w przypadku zaistnienia błędów w dokumentach stanowiących podstawę rozliczeń.
- 5) kontrolę realizacji umów i możliwość zawarcia w umowie postanowień o karach umownych oraz określenie maksymalnej wysokości kar umownych, skatalogowanych według wagi naruszenia umowy, a także sposób kumulacji kar, który zapobiegać ma nadmiernemu obciążaniu świadczeniodawców skutkami finansowymi kar (§ 33 ust. 3 OWU) i z drugiej strony sposób określania wysokości kary w przypadku powtarzającego się postępowania świadczeniodawcy naruszającego umowę (§ 32 ust. 3 OWU),

- 6) przepisy dotyczące rozwiązania umowy, wygaśnięcia umowy i rozstrzygnięcia sporów między stronami umowy.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.**

Projektowane rozporządzenie będzie oddziaływało na Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców.

### **2. Konsultacje społeczne.**

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: marszałków województw, Związku Powiatów Polskich, Związku Miast Polskich, stronie samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Rektorów uczelni medycznych, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia oraz do reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, o których mowa w art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – łącznie do ok.100 podmiotów.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia

### **3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych.**

Projektowane rozporządzenie nie wywoła skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.

### **4. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.**

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na ochronę zdrowia ludności poprzez wprowadzenie stabilnych ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W dotychczasowym stanie prawnym OWU były wprowadzane zarządzeniem Prezesa NFZ i mogły zostać zmienione w dowolnym czasie. Projektowane rozporządzenie będzie obowiązywało co najmniej przez 2 lata, zgodnie z art. 137 ust. 12 ustawy, zatem będzie elementem stabilizującym sytuację w systemie ochrony zdrowia.

**5. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało istotnego wpływu na rynek pracy.

**6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

**7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

**8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.**

Projektowane rozporządzenie nie dotyczy regulacji objętych prawem Unii Europejskiej.