Minister Zdrowia

KONFEDERACJA LEWIATAN
30. 07. 2015
WPŁYNĘŁO
L.dz. KP/2284

Warszawa, 2015-07-24

p. D. Biadun
do p. G. Sacewicz
(WAŻNE !!)

UZ.PR.0212.2.2015.KM

Według rozdzielnika

Szanowni Panowie!

Stosownie do postanowień § 36 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979), w załączeniu przekazuję **projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,** wraz z uprzejmą prośbą o zgłoszenie ewentualnych uwag w ramach konsultacji publicznych do przedmiotowego projektu, w terminie do dnia 27 sierpnia br., w tym także w wersji elektronicznej na adres e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl.

Jednocześnie informuję, iż wskazany projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

Niezgłoszenie uwag w ww. terminie pozwolę sobie potraktować jako akceptację projektu.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Igor Radziewicz-Winnicki

1) Naczelna Rada Lekarska
2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
3) Naczelna Rada Aptekarska
4) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych
6) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce
7) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
8) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

9) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej

10) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie

11) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

12) Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych

13) Izba Lecznictwa Polskiego

14) Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień

15) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia

16) Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej

17) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia

18) Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego Organizacja Pracodawców w Łańcucie;

19) Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi

20) Pracodawcy Pomorza

21) Mazowiecki Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

22) Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców

23) Stowarzyszenie Szpitali Małopolskich

24) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich

25) Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych

26) Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur

27) Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych

28) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej

29) Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED

30) Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego

31) Forum Związków Zawodowych

32) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność"

33) NSZZ „Solidarność"

34) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80"

35) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia

36) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych

37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

38) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy

39) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych

40) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych

41) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan"

42) Business Center Club

43) Związek Rzemiosła Polskiego

44) Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich

45) Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia

46) Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD" w Toruniu

47) Federacja Pacjentów Polskich

48) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

49) Stowarzyszenie Primum non Nocere

50) Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta"

51) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego

52) Związek Powiatów Polskich,

53) Związek Miast Polskich

54) Unia Metropolii Polskich,

55) Związek Gmin Wiejskich RP

56) Konwent Marszałków Województw

57) Marszałek Województwa Dolnośląskiego

58) Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego

59) Marszałek Województwa Lubelskiego

60) Marszałek Województwa Lubuskiego

61) Marszałek Województwa Łódzkiego;

62) Marszałek Województwa Małopolskiego;

63) Marszałek Województwa Mazowieckiego;

64) Marszałek Województwa Opolskiego;

65) Marszałek Województwa Podkarpackiego;

66) Marszałek Województwa Podlaskiego;

67) Marszałek Województwa Pomorskiego;

68) Marszałek Województwa Świętokrzyskiego;

69) Marszałek Województwa Śląskiego;

70) Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego;

71) Marszałek Województwa Wielkopolskiego;

72) Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego;

73) Wojewoda Dolnośląski

74) Wojewoda Opolski

75) Wojewoda Lubuski

76) Wojewoda Zachodniopomorski

77) Wojewoda Pomorski

78) Wojewoda Kujawsko – Pomorski

79) Wojewoda Wielkopolski

80) Wojewoda Łódzki

81) Wojewoda Śląski

82) Wojewoda Małopolski

83) Wojewoda Podkarpacki

84) Wojewoda Świętokrzyski

85) Wojewoda Lubelski

86) Wojewoda Warmińsko – Mazurski

87) Wojewoda Podlaski

88) Wojewoda Mazowiecki

89) Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii

90) Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

91) Konsultant krajowy w dziedzinie angiologii

92) Konsultant krajowy w dziedzinie audiologii i foniatrii

93) Konsultant krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej

94) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej

95) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej

96) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej

97) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

98) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej

99) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej

100) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowotwarzowej

101) Konsultant krajowy w dziedzinie choroby płuc

102) Konsultant krajowy w dziedzinie choroby płuc dzieci

103) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych

104) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych

105) Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii

106) Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii

107) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej

108) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii

109) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość

110) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

111) Konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii

112) Konsultant krajowy w dziedzinie farmakologii klinicznej

113) Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii

114) Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej

115) Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej

116) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii

117) Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

118) Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii

119) Konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii

120) Konsultant krajowy w dziedzinie immunologii klinicznej

121) Konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii

122) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii

123) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii

124) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej

125) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny lotniczej

126) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej

127) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej

128) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

129) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy

130) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej

131) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

132) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny sądowej

133) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny sportowej

134) Konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej

135) Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii

136) Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej

137) Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii

138) Konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii

139) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii

140) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii dziecięcej

141) Konsultant krajowy w dziedzinie neuropatologii

142) Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

143) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięca

144) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej

145) Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

146) Konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii

147) Konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcj

148) Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii

149) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

150) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii metabolicznej

151) Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii

152) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

153) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

154) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej

155) Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej

156) Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej

157) Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii

158) Konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii

159) Konsultant krajowy w dziedzinie toksykologii klinicznej

160) Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii kliniczna

161) Konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej

162) Konsultant krajowy w dziedzinie urologii

163) Konsultant krajowy w dziedzinie urologii dziecięcej

164) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego

165) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

166) Konsultant krajowy w dziedzinie ortodoncji

167) Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii

168) Konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej

169) Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

170) Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją

171) Konsultant krajowy w dziedzinie analityki farmaceutycznej

172) Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji aptecznej

173) Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji przemysłowej

174) Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej

175) Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii

176) Konsultant krajowy w dziedzinie fizyki medycznej

177) Konsultant krajowy w dziedzinie inżynierii medycznej

178) Konsultant krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej

179) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

180) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

181) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

182) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

183) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

184) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych

185) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

186) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

187) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

188) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

189) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego

190) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Projekt z dnia 23.07.2015 r.

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia .....

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) zarządza się, co następuje:

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

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne, przekaże do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem", za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, informację, według stanu na dzień ogłoszenia niniejszego rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, 1491 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 978) oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te umowy.

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

1) numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

2) numer PESEL pielęgniarki albo położnej, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;

3) wymiar etatu albo równoważnika etatu pielęgniarki albo położnej

– wraz z numerem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której dotyczą.

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

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r.;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa ust. 3, i karze umownej w wysokości do 5 % tych środków.

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

1) uzgodnionym, z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy, porozumieniem dotyczącym sposobu podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat;

2) pozytywnie zaopiniowanym przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu pielęgniarek i położnych sposobem podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat – w przypadku gdy u danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

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

6. Szczegółowe warunki rozliczania kwoty zobowiązania wynikającej z tytułu realizacji zmiany umowy, o której mowa w ust. 3, oraz dokumenty potwierdzające realizację porozumienia, o którym mowa w ust. 3, określi Prezes Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W pozostałym zakresie do wykonywania tej umowy, do dnia 30 czerwca 2016 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

7. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia jednej z umów, o których mowa w ust. 1, w okresie po dniu 1 września 2015 r. a przed dniem 30 czerwca 2016 r., w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnia się postanowienia, o których mowa w ust. 3, na okres od dnia zawarcia tej umowy do dnia 30 czerwca 2016 r. Przepisy ust. 4-6 stosuje się.

§ 3. Przepisy § 16 ust. 3-5 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się od dnia 1 lipca 2016 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem § 2, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.[2)]

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

---

2) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego
Sylwia Lis

2015 -07- 2 4

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Małgorzata Łaniewska
radca prawny
21.07.2015

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ...
(poz. ...)

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

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

1) cenie jednostkowej – rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
2) harmonogramie – rozumie się przez to, stanowiący załącznik do umowy, o której mowa w pkt 15, wykaz zawierający informacje dotyczące:
   a) dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
   b) personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z harmonogramem jego pracy,
   c) sprzętu i aparatury medycznej;
3) jednostce rozliczeniowej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
4) kapitacyjnej stawce rocznej – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń dla jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej;

5) okresie rozliczeniowym – rozumie się przez to nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie, o której mowa w pkt 15;

6) okresie sprawozdawczym – rozumie się przez to odpowiednio:

a) miesiąc kalendarzowy,

b) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca – w przypadku gdy umowa, o której mowa w pkt 15, nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca albo wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,

c) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) – w przypadku świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;

7) planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to, stanowiący załącznik do umowy, o której mowa w pkt 15, wykaz objętych umową zakresów świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń;

8) podwykonawcy – rozumie się przez to podmiot, który wykonuje część umowy, o której mowa w pkt 15, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności;

9) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;

10) rozliczeniu wykonania umowy – rozumie się przez to ustalenie stanu faktycznego, na podstawie którego dokonana zostanie płatność za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane w ramach umowy, o której mowa w pkt 15, w danym okresie rozliczeniowym;

11) ryczałcie – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie;

12) szablonie rachunku – rozumie się przez to informację o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazanych przez Fundusz do ujęcia w rachunku;

13) świadczeniach – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy;

14) świadczeniodawcy – rozumie się przez to również świadczeniodawców, o których mowa w art. 132a ustawy, wspólnie wykonujących umowę, o której mowa w pkt 15;

15) umowie – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;
16) ustawie – rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
17) współczynnikach korygujących – rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych:
    a) grup świadczeniobiorców albo
    b) świadczeń, albo
    c) grup osób wykonujących dany zawód medyczny
    – za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
18) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

Rozdział 2

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

§ 2. 1. Przedmiotem umów jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w rodzaju:
1) podstawowa opieka zdrowotna;
2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
3) leczenie szpitalne;
4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
5) rehabilitacja lecznicza;
6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
7) leczenie stomatologiczne;
8) leczenie uzdrowiskowe;
9) zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345), zwanej dalej „ustawą o refundacji";

10) ratownictwo medyczne;

11) opieka paliatywna i hospicyjna;

12) programy zdrowotne;

13) profilaktyczne programy zdrowotne;

14) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

15) pomoc doraźna i transport sanitarny.

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

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

4. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położonych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców w rozumieniu at. 31sb ust. 1 ustawy o ich udostępnieniu – drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.

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

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

2. Świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany przestrzegać prawa pacjenta wynikające z obowiązujących przepisów.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować kwestionariusz jakości określony przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy oraz okołooperacyjną kartę kontrolną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 1822).

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

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

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

§ 6. 1. Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem.

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

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

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

1) podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub
2) przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

– jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz w szczegółowych warunkach umów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy oraz przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

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

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

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

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

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

3. Zapewnienie realizacji usługi transportu sanitarnego oznacza dysponowanie przez świadczeniodawcę:

1) środkami transportu sanitarnego spełniającymi wymagania, o których mowa w art. 161ba ust. 2 ustawy;
2) składem osobowym wynikającym z odrębnych przepisów albo umożliwiający prawidłową realizację usługi dla świadczeniobiorcy ze uwzględnieniem jego stanu zdrowia

– gwarantującymi najkrótszy czas transportu świadczeniobiorcy odpowiedni do jego stanu zdrowia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Sposób i warunki korzystania z poszczególnych serwisów określają postanowienia odpowiednich umów lub upoważnień dotyczących korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Funduszu w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

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

§ 11. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.

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

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

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

1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;

2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;

3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;

4) trybu składania skarg i wniosków;

5) praw pacjenta;

6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;

7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

8) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;

9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;

10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;

11) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;

12) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

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

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

1) wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;

2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

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

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

5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie, informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach

medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

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

1) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

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

8. W przypadku kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego i po przyjęciu do szpitala, w szczególności w zakresie planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje na podstawie wystawionego skierowania na leczenie szpitalne.

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

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

11. W związku zakończeniem leczenia szpitalnego oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, świadczeniodawca wydaje

świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;

2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;

3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zlecone w karcie informacyjnej;

4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

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

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

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

4. Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym odziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905). Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

5. Świadczeniodawca prowadzi listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą i przepisami wydanymi na jej podstawie.

6. W przypadku zakończenia wykonywania umowy świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego Funduszu listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację. Przekazanie list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz danych świadczeniobiorców powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed zakończeniem wykonywania umowy.

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

Rozdział 3

Sposób finansowania świadczeń

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

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

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

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

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

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

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

1) kapitacyjna stawka roczna;

2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;

3) ryczałt.

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

3. Prezes Funduszu określi współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach

umów, z wyłączeniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.

4. Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględnia wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia.

5. Dokumenty potwierdzające przeznaczenie środków wynikających z ustalenia współczynnika korygującego na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych ustala Prezes Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Przepisy § 2 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia stosuje się odpowiednio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji może być określona w odrębnych rachunkach dotyczących poszczególnych osób.

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

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

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

1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego;

2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

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

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

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

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

1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

2) leczenie szpitalne;

3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

4) rehabilitacja lecznicza;

5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;

7) opieka paliatywna i hospicyjna

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

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

3. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego należy złożyć do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

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

1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;

2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 10 %, 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 15 %, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;

4) ograniczenia dostępności do świadczeń.

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

6. Przepisów ust. 1–5 nie stosuje się do umów dotyczących:

1) programów lekowych;

2) chemioterapii określonych w przepisach wydanych na podstawie ustawy o refundacji;

3) świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy.

§ 21. 1. Strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmiany zawartej umowy, polegającej na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

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

1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;

2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 15 %, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowie na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;

3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

§ 22. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia

wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 23. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym , zwane dalej "dokumentami rozliczeniowymi". Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 30 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

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

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

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

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

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

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

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

1) składa się z wykorzystaniem dedykowanego serwisu internetowego lub usług informatycznych, o których mowa w §10;

2) powinny być zgodne z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy oraz niedokonania zwrotu środków finansowych przez świadczeniodawcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 4

Kary umowne

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

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

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

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

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

6. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oraz niedokonania wpłaty środków przez świadczeniodawcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego

Funduszu dokonuje potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

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

8. Przepisy ust. 2–7 stosuje się odpowiednio do kontroli prowadzonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 64 i 189 ustawy.

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

1) do 2 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

a) obciążania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,

b) utrudniania czynności kontrolnych,

c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy,

d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń,

e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych,

f) udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;

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

a) nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,

b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,

c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych,

d) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,

e) nieprzekazywania w terminie:

– danych dotyczących list oczekujących,

– informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,

f) niewykonywania obowiązków wynikających z § 13 ust. 1;

3) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, o którym mowa w lit. a-e, w przypadku:

a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,

b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 lub 5,

c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 lub 3,

d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 lub § 34 ust. 1,

e) udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.

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

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

4. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo umowy o zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresach sprawozdawczych, których dotyczyły stwierdzone naruszenia.

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

1) przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, w rozumieniu art. 2 ust. 14 ustawy o refundacji, lub
2) pacjentom nie będącym świadczeniobiorcami, lub
3) w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu

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

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

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

Rozdział 5

Tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok

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

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

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

1) warunki finansowania ustalone na podstawie postępowań w sprawie zawarcia umów, w tym podlegające ocenie w trakcie tych postępowań;

2) wysokość kwot zobowiązania oraz realizację świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach, w tym przesunięć między zakresami i rodzajami świadczeń, o których mowa w § 20 i 21;

3) zmiany zasobów świadczeniodawców w zakresie zdolności do udzielania określonej liczby świadczeń oraz spełnienia ustalonych wymagań jakościowych wynikających z przepisów odrębnych i ofert złożonych w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy;

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

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

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

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

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

Rozdział 6

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

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

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

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

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

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

1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;

2) naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy;

3) naruszenia § 6 ust. 1 lub 4, lub § 8;

4) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;

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

6) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;

7) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy postępowaniu w sprawie zawarcia umowy;

8) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;

9) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, jeżeli w tym przypadku nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2–5, rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania

świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

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

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

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

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

§ 38. Umowa wygasa w całości lub w części:

1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy lub zaprzestania prowadzenia przez świadczeniodawcę działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy, w przedsiębiorstwie, w którym działalność ta jest wykonywana;

2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „projektem OWU", stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach".

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z nowelizacji art. 137 ustawy o świadczeniach dokonanej ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i. 1491), zwaną dalej „ustawą nowelizującą". Na mocy ustawy nowelizującej dokonano zmiany procedury ustalania ogólnych warunków umów oraz treści upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Przed nowelizacją przepisu art. 137 ustawy o świadczeniach projekt OWU opracowywał Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie był on uzgadniany z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. W przypadku nieuzgodnienia projektu (art. 137 ust. 10) Minister Zdrowia był uprawniony do wydania rozporządzenia w sprawie OWU.

Obecnie obowiązujące brzmienie art. 137 ustawy o świadczeniach określa zakres OWU oraz upoważnienie ustawowe do wydania wskazanego rozporządzenia dla Ministra Zdrowia, bez konieczności zasięgania odrębnej opinii ww. podmiotów, z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.

Znaczna część postanowień zawarta w projekcie OWU stanowi powtórzenie przepisów zawartych w obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Przepisy tego rozporządzenia zostały uzgodnione w powyżej wskazanym trybie, w trakcie negocjacji z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców i część tych przepisów zawartych w niniejszym projekcie pozostaje bez zmian (np. § 9 ust. 3). Zmiany wprowadzane do tego

rozporządzenia głównie znajdują swe uzasadnienie w zmianie stanu prawnego i wynikają z wejścia w życie:

1) ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989),
2) ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345),
3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.),
4) przepisów o taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzonych ustawą nowelizującą.

oraz rozpoczęcia funkcjonowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców – e-WUŚ, który umożliwia natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W projekcie OWU zawarto przepisy określające mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne. W § 2 projektu rozporządzenia przyjęto przejściowy mechanizm uzyskiwania środków finansowych obowiązujący od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r. Zgodnie z nim świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne otrzyma dodatkowe środki na wynagrodzenie pielęgniarek i położnych po przekazaniu do Narodowego Funduszu Zdrowia, uzgodnionego z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy oraz upoważnionym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawicielem samorządu pielęgniarek i położnych porozumienia, w którym uzgodniono sposób podziału tych środków.

Jednocześnie jest podpisywany aneks do umowy o udzielanie świadczeń obejmujący:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres do dnia 30 czerwca 2016 r.;
2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa ust. 3 projektu, i karze umownej w wysokości do 5 % tych środków.

W projekcie rozporządzenia zostały zawarte zapisy zapewniające średni wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych o 300 zł, w tym z innymi składnikami i pochodnymi od tej kwoty, w przeliczeniu na etat. Natomiast wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od 1 lipca 2016 r. ma następować stosownie do przepisów §16 ust. 3-5 i będzie oparty na ustalanym przez Prezesa współczynniku korygującym, który w swojej konstrukcji będzie uwzględniał kwoty przekazane na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r. Kwoty uzyskane przez świadczeniodawców w wyniku wprowadzenia tego wskaźnika zostaną przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych

Środki finansowe przeznaczone na realizację proponowanych zmian w zakresie wzrostu uposażenia pielęgniarek i położnych będą zapisane w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe propozycje są wynikiem postulatów zgłaszanych przez środowisko pielęgniarek i położnych dotyczących wyodrębnienia środków finansowych na realizację świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne. W obowiązujących regulacjach prawnych w tym zakresie nie były uwzględnione odrębnie koszty świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne. Ponadto, proponowane zmiany wynikają ze zwiększonego zakresu uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, nadanych znowelizowaną ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia w projekcie OWU:

1) uaktualniono definicje takich pojęć jak: harmonogram (§1 pkt 2 projektu OWU), świadczeniodawca (§1 pkt 14 projektu OWU);
2) dodano definicję szablonu rachunku (§1 pkt 12 projektu OWU), która sankcjonuje obecnie funkcjonujący systemu rozliczeń ze świadczeniodawcami z tytułu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz definicję rozliczenia wykonania umowy (§1 pkt 10 projektu OWU), w celu doprecyzowania procesu, o którym mowa w § 27 ust. 2 projektu OWU, tj. rozliczenia wykonania umowy, w związku z wątpliwościami interpretacyjnymi zgłaszanymi przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców i Najwyższą Izbę Kontroli;
3) uwzględniono możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pełnomocnika konsorcjum (§ 1 pkt 14 projektu OWU);

4) w rozdziale 3 projektu OWU dotyczącym sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wskazano, że ceny świadczeń i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych są ustalane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie;
5) określono tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok;
6) wprowadzono zmiany wynikające z utworzenia centralnego organu administracji rządowej Rzecznika Praw Pacjenta.

W § 3 ust. 4 wprowadzono obowiązek stosowania kwestionariusza jakości oraz okołooperacyjnej karty kontrolnej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 1822).

Świadczeniodawca będzie po zakończonym leczeniu przedstawiał świadczeniobiorcy do wypełnienia na zasadach dobrowolności i anonimowości ankiety w sprawie jakości udzielonych świadczeń. Opinia pacjentów nt. świadczeniodawców, ma być podstawą do wprowadzenia zmian poprawiających jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast wprowadzenie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej ma na celu zapewnienie, by przed rozpoczęciem operacji, w jej trakcie i po zakończeniu zostały wykonane wszystkie niezbędne czynności , co pozwoli na uporządkowanie i ujednolicenie stosowanych procedur i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki oraz wyeliminowanie błędów przy zabiegach operacyjnych.

W § 12 projektu OWU skreślono dotychczasowy ust. 4, ponieważ regulacja dotycząca wystawiania skierowania do leczenia szpitalnego zawarta jest już w art. 58 ustawy o świadczeniach. Zrezygnowano również z przepisu § 12 ust. 6, zgodnie z którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację od tego lekarza specjalisty. Skreślono ten przepis, ponieważ ustawą nowelizującą wprowadzono nową regulację w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którą lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Recepty i zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, jak również osobie

trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

Dodatkowo w dotychczasowym przepisie § 12 ust. 5 doprecyzowano, iż określony w nim termin (nie rzadziej niż co 12 miesięcy) dotyczy wyłącznie przypadku kiedy pacjent objęty leczeniem i stałą opieką innego świadczeniodawcy, w związku z chorobą podstawową, wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia, lub gdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

W § 13 skreślono ust. 2 mówiący, iż w przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie, gdyż poród z zasady wymaga pilnej interwencji medycznej. Ponadto w § 13 dodano przepis w którym wskazuje się, iż w przypadku zakończenia wykonywania umowy świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego Funduszu listy oczekujących oraz dane pacjentów objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację, przekazanie tych list danych pacjentów powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed zakończeniem wykonywania umowy.

W § 13 ust. 4 dodano regulację, zgodnie z którą odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałby miałoby być przyjęte albo jego zastępcą albo lekarzem kierującym tym odziałem. Główną przesłanką do wprowadzenia dodatkowej konsultacji jest zapobieganie przypadkom odmowy przyjęć dziecka do szpitala, gdy rodzice z chorym dzieckiem krążyli od jednej placówki do drugiej. Ma to na celu poprawę bezpieczeństwa dzieci i zapewnienia im szczególnej opieki.

W § 15 skreślono ust. 6 zgodnie z którym do kalkulacji kosztów przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 5, stosowane są w szczególności zasady określone w przepisach o szczególnych zasadach rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Należy bowiem wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) utraciło moc wraz z wejściem w życie

ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). Ponadto, ustawa nowelizująca wprowadziła obowiązek stosowania rachunku kosztów określonego na w rozporządzeniu Ministra wydanym na podstawie art. 31 lc ust. 7 ustawy o świadczeniach i który zgodnie z tą ustawą ma być wyłącznie stosowany przez te podmioty, które wyrażą zainteresowanie współpracą z Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w zakresie przekazywania danych na potrzeby taryfikacji świadczeń. Obowiązek stosowania tego rozporządzania, zgodnie z przepisami ustawowymi, rozpocznie się od 1 stycznia 2020 r.

W § 20 ust. 1 projektu OWU doprecyzowano i ustalono graniczny termin 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, w którym świadczeniodawcy mogą składać wnioski o dokonanie przesunięć środków.

Zmiany w § 20 ust. 4 pkt 2 oraz pkt 3 projektu OWU polegające na zmniejszeniu o 5 punktów procentowych (z 15% na 10% i z 20% na 15%) możliwości przesunięć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń zostały wprowadzone dlatego, że aktualnie, ze względu na długoletnie doświadczenie oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w planowaniu zakupu świadczeń jest ono coraz dokładniejsze.

Należy wskazać, że mechanizm przesunięć środków finansowych pomiędzy rodzajami i zakresami świadczeń został wprowadzony, m.in. w celu zniwelowania potencjalnego niedoszacowania lub przeszacowania kwot przeznaczonych na zakup świadczeń. Ponadto, także świadczeniodawcy są w stanie lepiej prognozować swoje możliwości realizacyjne oraz przewidywane wykonanie świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń. Należy również zwrócić uwagę, że duże przesunięcia kwot zobowiązania w większym zakresie mogą skutkować niezrealizowaniem celów związanych z zapewnieniem dostępności do określonych świadczeń.

Zmiana w § 20 ust. 5 (obecnie 6) projektu OWU ma na celu wyłączanie możliwości dokonywania przesunięć środków w odniesieniu do:

1) umów objętych reżimem całkowitego budżetu na refundację (przepisami ustawy o refundacji regulującymi wysokość środków przeznaczonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych;
2) umów na świadczenia wysokospecjalistyczne z uwagi na fakt, iż źródłem ich finansowania są środki budżetowe w wysokości określonej w ustawie budżetowej, które

w świetle przepisów ustawy o finansach publicznych nie mogą być przeznaczone na finansowanie innych świadczeń.

Zmiana § 23 ust. 1 projektu OWU polegająca na skróceniu terminu korygowania raportu statystycznego z 45 dni na 30 dni wynika z konieczności rozdzielenia tego terminu od terminu rozliczenia wykonania umowy (§ 27 ust. 2).

Zmiana § 23 ust. 8 projektu OWU sankcjonuje obecnie funkcjonujący systemu rozliczeń ze świadczeniodawcami z tytułu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Doprecyzowanie przepisów w rozdziale 5 projektu OWU dotyczącym trybu ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok wynika przede wszystkim z konieczności ich dostosowania do zmienionej ustawy o świadczeniach, w szczególności do przepisów art. 156 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą zostały wydłużone terminy zawierania umów (nawet 10 lat bez zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku umów szpitalnych i bezterminowo w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej). Należy zauważyć, że w przypadku umów zawieranych w zakresie leczenia szpitalnego konkursowy sposób ustalania kwoty zobowiązania na dany okres rozliczeniowy będzie rzadkością, a tryb negocjacyjny opisany w tym przepisie będzie przypadkiem najczęstszym. Biorąc pod uwagę także prawdopodobne zmiany przepisów prawnych w trakcie realizacji wieloletniej umowy dookreślenie przedmiotowych regulacji jest niezbędne.

Przepis § 2 projektu rozporządzenia określający mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, zgodnie z § 4 projektu ma wejść w życie z dniem ogłoszenia. Przepis ten nie będzie sprzeczny z zasadami demokratycznego państwa prawnego. Ważnym interesem państwa uzasadniającym skrócenie vacatio legis jest potrzeba niezwłocznego podjęcia działań w nim określonych, niezbędnych do uruchomienia dodatkowych środków na wynagrodzenia, a ponadto jest zgodne z interesem podmiotów będących beneficjentami tych środków.

Przedmiotowe rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie zawiera przepisów o charakterze technicznymi w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Sławomir Neumann – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Katarzyna Makowiecka – główny specjalista w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia Tel. 22 53 00 230 e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 17 lipca 2015 r. **Źródło:** Art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581). **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 182**

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Dostosowanie przepisów obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) do zmian wprowadzonych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) w latach 2008-2015, w szczególności wprowadzonych:

1) tzw. ustawą koszykową tj. ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989) oraz
2) ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491).

Ponadto ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. zmieniła treść upoważnienia ustawowego do wydania niniejszego rozporządzenia oraz procedurę ustalania ogólnych warunków umów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Proponowane rozwiązania:

1) uwzględnienie rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach tzw. rozporządzeń koszykowych;
2) uwzględnienie zmian wynikających z wejścia w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345);
3) uaktualnienie definicji zawartych w § 1ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU);
4) uwzględnienie możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pełnomocnika konsorcjum;
5) określenie trybu ustalania kwoty zobowiązania w przypadku zawierania wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
6) wprowadzenie przejściowych i stałych mechanizmów otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581)	Zmiana warunków wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ a świadczeniodawcą
Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń	47 665 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej –	Informacja Prezesa NFZ o działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV	Zmiana warunków wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki

opieki zdrowotnej	wg stanu na 31 grudnia 2014 r.	kwartał 2014 r.	zdrowotnej zawartych pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ a świadczeniodawcą
Świadczeniobiorcy	35 038 462	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na koniec II półrocza 2014 r. W ogólnej liczbie 39 422 919 osób zarejestrowanych w CWU (z wyłączeniem statusu 5 i 6), na koniec grudnia 2014 r., 88,877% (35 038 462) to osoby, które posiadały prawo do świadczeń.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie projektowanego rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych, na okres 30 dni, następującym podmiotom:

1) Naczelna Rada Lekarska
2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
3) Naczelna Rada Aptekarska
4) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych
6) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce
7) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
8) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
9) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
10) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie
11) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
12) Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych
13) Izba Lecznictwa Polskiego
14) Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień
15) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia
16) Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej
17) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia
18) Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego Organizacja Pracodawców w Łańcucie;
19) Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi
20) Pracodawcy Pomorza
21) Mazowiecki Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
22) Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców
23) Stowarzyszenie Szpitali Małopolskich
24) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich
25) Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych
26) Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur
27) Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych
28) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
29) Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED
30) Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego
31) Forum Związków Zawodowych
32) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność"
33) NSZZ „Solidarność"
34) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80"
35) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
36) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
38) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
39) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
40) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych

41) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan"
42) Business Center Club
43) Związek Rzemiosła Polskiego
44) Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich
45) Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia
46) Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD" w Toruniu
47) Federacja Pacjentów Polskich
48) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
49) Stowarzyszenie Primum non Nocere
50) Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta"
51) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego
52) Związku Powiatów Polskich,
53) Związku Miast Polskich
54) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP
55) Konwentu Marszałków Województw
56) Marszałków Województw
57) Wojewodów
58) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.
Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ..... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Projektowane rozporządzenie nie wywoła skutków finansowych dla budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Środki finansowe przeznaczone na realizację zmian na rzecz poprawy poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych będą zapisane w planie Narodowego Funduszu Zdrowia. Od września 2015 r. do końca 2016 r. zostanie przekazana kwota w wysokości 915 ml zł (z tego ok. 300 ml zł zostanie uruchomione w 2015 r.). W 2017 r. będzie to kwota ok. 1,5 mld zł.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:

Brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia dotyczące wzrostu wygrodzenia pielęgniarek i położnych będą miały wpływ na rynek pracy. Przewiduje się, że pielęgniarki i położne pracujące w systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu, absolwenci kierunków pielęgniarstwo/położnictwo chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w Polsce.

Zakłada się, że działania podejmowane na rzecz wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wpłyną na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach, a pośrednio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców w bezpośredniej

opiece nad pacjentem dla Polski wynosi 5,4. Wśród 16 wybranych krajów Unii Europejskiej, wskaźnik ten sytuuje Polskę na ostatnim miejscu i wskazuje na ograniczony w znacznym stopniu dostęp do świadczeń pielęgniarskich. Dla porównania np. Szwajcaria posiada wskaźnik - 16, Dania - 15,4, Norwegia - 14,4, Niemcy - 11,3, Szwecja - 11, Wielka Brytania - 9,1, Czechy - 8, Hiszpania 5,5.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak danych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem § 2, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja efektów projektu nie nastąpi z uwagi na to, że projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.