

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

Rozdział I - Postanowienia ogólne.

§ 1.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwane dalej „ogólnymi warunkami umów”, stosuje się do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze Świadczeniodawcami.

§ 2.

Ilekoć w ogólnych warunkach umów jest mowa o:

- 1) „**cenie jednostkowej**” - rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednego świadczenia wyrażonego w określonych jednostkach rozliczeniowych;
- 2) „**Funduszu**” – rozumie się przez to Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) „**kapitacyjnej stawce rocznej**”- rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego ubezpieczonego w okresie jednego roku;
- 4) „**okresie rozliczeniowym**” – rozumie się przez okres roku kalendarzowego albo inny okres oznaczony w umowie, gdy umowa została zawarta na okres krótszy niż rok;
- 5) „**okresie sprawozdawczym**” – rozumie się przez to miesiąc kalendarzowy lub inny okres upływający w ostatnim dniu miesiąca, w przypadku gdy umowa nie została zawarta z dniem 1 danego miesiąca;
- 6) „**rachunku**” – rozumie się przez to fakturę lub rachunek;
- 7) „**rodzaju świadczeń**” – rozumie się przez to wyodrębnione świadczenia oznaczone wspólną nazwą, kontraktowane przez Fundusz w ramach jednego postępowania w sprawie zawarcia umowy;
- 8) „**ryczałcie**” – rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na finansowanie ogółu świadczeń danego zakresu;
- 9) „**materiałach informacyjnych**” - rozumie się przez to określone przez Fundusz szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umowy;

- 10) „**świadczeniach**” – rozumie się przez to świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 5 pkt 26 ustawy, stanowiące przedmiot umowy;
- 11) „**Świadczeniodawcy**” – rozumie się przez to osobę lub podmiot, określony w art. 5 pkt 25 ustawy, który zawarł umowę z Funduszem;
- 12) „**ubezpieczonym**” – rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 6 i 7 ustawy;
- 13) „**umowie**” – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zawartą przez Fundusz ze Świadczeniodawcą, w danym rodzaju świadczeń zdrowotnych;
- 14) „**ustawie**” – rozumie się przez to ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.);
- 15) „**Oddziale Funduszu**” – rozumie się przez to właściwy oddział wojewódzki Funduszu, z którym Świadczeniodawca zawarł umowę;
- 16) „**zakresach świadczeń**” – rozumie się przez to wyodrębnione świadczenia w ramach danego rodzaju świadczeń;
- 17) „**przepisach o koordynacji**” – rozumie się przez to przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu nr 1408/71/EWG z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu nr 574/72/EWG z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu nr 859/2003/WE z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;
- 18) „**osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji**” – rozumie się przez to osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a której

przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia zdrowotne z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;

- 19) „poświadczeniu” – rozumie się przez to wydawany przez Fundusz dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 20) „formularzu serii E-100” – rozumie się przez to formularz określony przez Komisję Administracyjną ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących stosowany przy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w związku z rzeczowymi świadczeniami zdrowotnymi.

§ 2a.

1. Przepisy ogólnych warunków umów oraz postanowienia umów dotyczące ubezpieczonych stosuje się do osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających prawo do świadczeń w takim samym zakresie jak ubezpieczeni w Funduszu.
2. Do osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, innych niż osoby wskazane w ust. 1, stosuje się przepisy ogólnych warunków umów oraz postanowienia umów w zakresie określonym w przepisach o koordynacji.
3. Szczegółowe zakresy świadczeń, do których są uprawnione poszczególne kategorie osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, określają przepisy o koordynacji, przepisy ustawy oraz przepisy aktów wykonawczych.
4. Na wniosek Świadczeniodawcy Oddział Funduszu informuje go o zakresie świadczeń, do którego ma prawo osoba ubiegająca się o świadczenie, uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji. Formę i tryb przekazywania Świadczeniodawcom informacji określa Fundusz.

Rozdział II - Zakres podmiotowy umów.

§ 3.

1. **Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń, na podstawie umowy, są osoby ubezpieczone w Funduszu oraz osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, w zakresie określonym w przepisach o koordynacji.**
2. **Ubezpieczony ubiegający się o udzielenie świadczenia zobowiązany jest przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego, a do czasu jej wydania, inny dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, o którym mowa w art. 215 ustawy.**
3. **Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji ubiegająca się o udzielenie świadczenia zobowiązana jest przedstawić poświadczenie lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą, w szczególności Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub właściwy formularz serii E-100.**
4. **Brak dokumentów, o których mowa w ust. 2 i 3, nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.**
5. **W przypadku braku dokumentów, o których mowa w ust. 2 i 3, lub powzięcia istotnych wątpliwości co do faktu ubezpieczenia lub istnienia prawa do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji danych osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia. W takim przypadku, Świadczeniodawca, w terminie jednego dnia od rozpoczęcia udzielania świadczenia, występuje do Oddziału Funduszu, który ustala fakt ubezpieczenia lub prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, w trybie zgodnym z tymi przepisami.**
6. **Obowiązek potwierdzenia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub prawa do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji nie może powodować opóźnień w udzieleniu świadczenia.**
7. **Fundusz zobowiązany jest do potwierdzania prawa osoby ubiegającej się o świadczenie i udzielania niezbędnych informacji w tym zakresie.**

§ 4.

1. W przypadku, gdy świadczenie udzielone jest na koszt ubezpieczonego Świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania go o prawie ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów świadczenia od Świadczeniodawcy, w razie późniejszego przedstawienia karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, o którym mowa w § 3 ust. 2.
2. **W przypadku, gdy świadczenie udzielone jest na koszt osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji Świadczeniodawca zobowiązany jest stosować określone w umowie zasady rozliczania i ceny świadczeń.**

Rozdział III - Zakres przedmiotowy umów.

§ 5.

1. Przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących rodzajach:
 - 1) podstawowej opiece zdrowotnej;
 - 2) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej;
 - 3) leczeniu szpitalnym;
 - 4) leczeniu psychiatrycznym i uzależnień;
 - 5) rehabilitacji leczniczej;
 - 6) opiece długoterminowej;
 - 7) leczeniu stomatologicznym;
 - 8) leczeniu uzdrowiskowym;
 - 9) ratownictwie i transporcie medycznym;
 - 10) programach profilaktycznych i promocji zdrowia;
 - 11) świadczeniach odrębnie kontraktowanych;
 - 12) zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. Zakres świadczeń określa umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a Oddziałem Funduszu.

Rozdział IV - Odpowiedzialność Świadczeniodawcy.

§ 6.

1. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby którym udzielanie świadczeń powierzył oraz odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.
2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń albo związanych z zaniechaniem udzielania świadczeń ponosi Świadczeniodawca.

§ 7.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.
2. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV i WZW.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do utrzymywania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszania jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, Świadczeniodawca zobowiązany jest dostarczyć Oddziałowi Funduszu kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy.

Rozdział V - Warunki i zasady udzielania świadczeń.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń ubezpieczonym, z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

2. Świadczeniodawca ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie w leki, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń w ramach umowy.
3. Za świadczenia udzielane na podstawie umowy, Świadczeniodawca nie może pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w odrębnych przepisach.

§ 9.

1. Świadczenia udzielane są osobiście, przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach oraz spełniające wymagania przewidziane przez Fundusz, zgodnie z wykazem objętym ofertą złożoną przez Świadczeniodawcę w toku postępowania o zawarcie umowy.
2. Świadczeniodawca, w przypadku zmian w wykazie, o którym mowa w ust. 1, zobowiązany jest do informowania o tych zmianach Oddział Funduszu oraz przekazywania aktualnego wykazu, w terminie 14 dni, od ich zaistnienia.
3. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym dla udzielania świadczeń, nie mogą udzielać świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej albo w innej jednostce organizacyjnej tego samego zakładu opieki zdrowotnej.
4. **W przypadku zaistnienia okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy, Świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania Oddziału Funduszu, nie później niż w terminie 7 dni, o zaistnieniu tych okoliczności. Oddział Funduszu wyznacza Świadczeniodawcy odpowiedni do okoliczności termin do usunięcia przeszkód w wykonaniu umowy. W przypadku nieusunięcia przeszkód w wyznaczonym terminie lub niemożności ich usunięcia Oddział Funduszu rozwiązuje umowę.**

§ 10.

1. Świadczeniodawca, który nie może zapewnić we własnym zakresie kompleksowego udzielania świadczeń zobowiązany jest do ich zorganizowania i finansowania, w ramach środków finansowych określonych w umowie. W szczególności Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia wykonania badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej i innych badań, procedur

medycznych zapewniających kompleksowość realizowanych świadczeń oraz transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w ustawie.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, świadczenia mogą być wykonywane wyłącznie przez podmioty wskazane w ofercie złożonej przez Świadczeniodawcę w toku postępowania o zawarcie umowy.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, świadczenia mogą być wykonywane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone przez Fundusz dla Świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Świadczenia diagnostyczne mogą być wykonywane wyłącznie przez podmioty spełniające wymagania określone przez Fundusz w materiałach informacyjnych.
5. W przypadku zmian w wykazie podmiotów, o których mowa w ust. 2, Świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić Oddziałowi Funduszu stosowną informację wraz z aktualnym wykazem, w terminie **14 dni** od dnia zaistnienia zmian.
6. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podmiotem, powinna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem.

§ 11.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń, a w szczególności do ich udzielania przez cały okres obowiązywania umowy.
2. W przypadku okresowego i przemijającego braku możliwości udzielania świadczeń, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń przez innego wyznaczonego przez siebie Świadczeniodawcę, z którym Fundusz zawarł umowę, spełniającego warunki przewidziane w umowie oraz inne warunki określone przez Fundusz dla Świadczeniodawców.
3. O zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 2, Świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Oddział Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku przerwy trwającej dłużej niż 3 dni Świadczeniodawca zobowiązany jest powiadomić pisemnie Oddział Funduszu o zaistniałych okolicznościach.

Udzielanie świadczeń przez wyznaczonego Świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 2, przez okres dłuższy niż 14 dni wymaga pisemnej zgody Oddziału Funduszu.

§ 12.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podania do publicznej wiadomości informacji o godzinach i miejscu udzielania świadczeń.
2. Świadczeniodawca ma obowiązek umieszczenia w widocznym miejscu, na zewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu, zgodnie ze wzorem i opisem określonym przez Fundusz.
3. W przypadku, gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia udzielane są przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien jednoznacznie identyfikować Świadczeniodawcę.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do umieszczenia na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących w szczególności:
 - 1) imion i nazwisk osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania;
 - 2) Świadczeniodawcy, o którym mowa w § 11 ust. 2;
 - 3) zasad zapisu na wizyty ambulatoryjne i domowe;
 - 4) trybu składania skarg i wniosków;
 - 5) Karty Praw Pacjenta;
 - 6) najbliższych miejsc udzielania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej;**
 - 7) sposobu uzyskania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego oraz transportu sanitarnego.**

§ 13.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz ich aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.

§ 14.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń, w przypadkach określonych w ustawie, na podstawie skierowania, które powinno zawierać w szczególności:

- 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem Świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
 - 2) datę wystawienia skierowania;
 - 3) PESEL oraz imię i nazwisko ubezpieczonego, **a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji także numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego;**
 - 4) rozpoznanie i kod jednostki chorobowej według ICD-10;
 - 5) cel skierowania (rodzaj porady lub przekazanie do leczenia albo rodzaj procedury);
 - 6) podpis i pieczętkę lekarza z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu;
 - 7) załączone lub opisane wykonane dotychczas badania lub dotychczasowe postępowanie.
2. Skierowaniem jest również karta informacyjna z leczenia szpitalnego lub karta informacyjna z izby przyjęć, z odpowiednim wpisem określającym wskazanie do dalszego leczenia.
 3. Skierowanie na leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia. Aktualizacja skierowania nie jest wymagana.
 4. Skierowanie na badanie diagnostyczne powinno zawierać w szczególności:
 - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem Świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
 - 2) datę wystawienia skierowania;
 - 3) PESEL oraz imię i nazwisko ubezpieczonego, **a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji także numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego;**
 - 4) zlecone badania;
 - 5) podpis i pieczętkę lekarza z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu.
 5. Zlecenie na zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny lub na zaopatrzenie w środek pomocniczy powinno być wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 6. Zlecenie, o którym mowa w ust. 5, powinno zawierać w szczególności:
 - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem Świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;

- 2) pieczętkę i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie;
 - 3) nazwę i kod przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, zgodną z nazewnictwem i kodami określonymi w odrębnych przepisach o limitach cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
 - 4) uzasadnienie zawierające wskazanie medyczne dla danego rodzaju przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, zgodne z przepisami o wykazie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, oraz adnotację o rodzaju dysfunkcji ("dysfunkcja stała", "dysfunkcja czasowa", "do stałego użytkowania");
 - 5) wskazanie wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie nabycia;
 - 6) adnotację "inwalida wojenny" lub "inwalida wojskowy" oraz numer dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie - w przypadku inwalidów wojennych lub wojskowych.
7. Zlecenie, o którym mowa w ust. 5, może zawierać szczegółowy opis przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, według którego powinien być wykonany albo dobrany i dopasowany.
8. Kosztami refundacji przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 5 i 6, Fundusz obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
9. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Fundusz określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od daty wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należnej Świadczeniodawcy płatności.
- 10. Fundusz zastrzega sobie prawo ustalenia wzorów skierowań i zleceń. Wzory te są podawane do wiadomości Świadczeniodawców co najmniej na 14 dni przed terminem ich obowiązywania.**

§ 15.

Zasady współdziałania Świadczeniodawców w związku z realizacją umów.

1. Lekarz specjalista informuje lekarza kierującego i lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad ubezpieczonym, **wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**, o wyniku konsultacji.

2. Lekarz obejmujący ubezpieczonego stałym leczeniem specjalistycznym zobowiązany jest do okresowego (co najmniej raz na 6 miesięcy) przekazywania informacji o przebiegu leczenia lekarzowi POZ, **wykonującemu zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**, do którego zadeklarowany jest ubezpieczony.
3. Lekarz POZ kierując ubezpieczonego do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zawartych w wykazie określonym w odrębnych przepisach, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.
4. W przypadku kierowania ubezpieczonego z jednej poradni specjalistycznej do drugiej, jako badania wstępne przekazywane są badania wykonane w ramach diagnostyki w poradni kierującej oraz badania diagnostyczne wykonane w innych placówkach, stanowiące jedność diagnostyczną, a ukierunkowane zgodnie z podstawową przyczyną skierowania.
5. W przypadkach, o których mowa w art. 121 ustawy, wszystkie wymagane badania wykonuje Świadczeniodawca, do którego zgłosił się ubezpieczony.
6. W przypadku, gdy ubezpieczony objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. Koszty tych badań pokrywa kierujący lekarz specjalista.
7. W przypadku, gdy ubezpieczony objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku ze sprawowanym leczeniem specjalistycznym, skierowanie na te badania wydaje oraz pokrywa ich koszty lekarz specjalista.
8. Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do informowania lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, do których zadeklarowany jest ubezpieczony o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania przez nią świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej.
9. Fundusz zastrzega sobie prawo ustalenia wzorów, według których będą przekazywane informacje, o których mowa w ust. 1, 2 i 8.

§ 16.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przyjęcia ubezpieczonego w terminie z nim uzgodnionym. W przypadku nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia, a także porodu przyjęcie następuje niezwłocznie.
2. Świadczenia powinny być udzielane przez Świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Świadczeniodawca nie może, bez uzasadnionej przyczyny, odmówić ubezpieczonemu posiadającemu skierowanie do Świadczeniodawcy udzielenia świadczenia. Każda odmowa powinna być potwierdzona przez Świadczeniodawcę na skierowaniu. Potwierdzenie powinno zawierać datę, pieczęć lub nadruk z nazwą, adresem i telefonem Świadczeniodawcy, imię i nazwisko oraz pieczęć i podpis osoby odmawiającej przyjęcia oraz przyczynę odmowy.

§ 17.

1. Oddział Funduszu zobowiązany jest do przekazania Świadczeniodawcy, na jego żądanie, informacji o innych Świadczeniodawcach, z którymi zawarł umowy, oraz o zakresie świadczeń przez nich wykonywanych.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania ubezpieczonemu informacji o innych Świadczeniodawcach, udzielających świadczeń na podstawie umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.

§ 18.

1. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nie przekraczania granic koniecznej potrzeby.
2. Lekarz Świadczeniodawcy powinien wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi sposób i tryb wystawiania recept oraz ich wzory.
3. Lekarz Świadczeniodawcy wystawiając receptę na bezpłatne leki dla osób, o których mowa w art. 64 - 66 ustawy, zobowiązany jest do sprawdzenia uprawnień tych osób i odnotowania w dokumentacji medycznej nazwy i numeru seryjnego dokumentu potwierdzającego uprawnienie.

4. Kosztami refundacji recept wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 2 i 3, Fundusz obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
5. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Oddział Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od daty wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należnej Świadczeniodawcy płatności.

Rozdział VI- Zasady finansowania świadczeń.

§ 19.

1. Fundusz na realizację świadczeń będących przedmiotem umowy przeznaczona maksymalnie kwotę określoną w umowie, **z zastrzeżeniem, że maksymalna kwota nie obejmuje wartości świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125. O rodzaju i zakresie świadczeń rozliczanych na podstawie formularza E-125 Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę w trybie i formie, o których mowa w § 2a ust. 4.**
2. **Należności z tytułu umowy za realizację świadczeń w okresie sprawozdawczym, Oddział Funduszu wypłaca miesięcznie z dołu w terminie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, liczonym od dnia dostarczenia przez Świadczeniodawcę prawidłowo sporządzonych dokumentów, o których mowa w § 28 ust. 1 i 5. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Świadczeniodawcę, z zastrzeżeniem ust. 3.**
3. Jeżeli termin płatności przypada w sobotę, to wypłata należności zostanie dokonana przez Oddział Funduszu następnego dnia roboczego.
4. Fundusz upoważnia Świadczeniodawcę do wystawiania faktur bez podpisu Funduszu.

5. **Jeżeli Oddział Funduszu opóźnia się z wypłatą należności, o której mowa w ust. 2, Świadczeniodawca może żądać odsetek ustawowych za czas opóźnienia.**

§ 20.

1. Opóźnienie w przedstawieniu przez Świadczeniodawcę dokumentów, o których mowa w § 28 ust. 1 i 5, może spowodować przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.
2. Przedstawienie przez Świadczeniodawcę dokumentów, o których mowa w § 28 ust. 1 i 5, sporządzonych w sposób nieprawidłowy, może spowodować, w zależności od stwierdzonych uchybień, wstrzymanie płatności całości lub części należności, z zastrzeżeniem ust. 3-5.
3. W przypadku wstrzymania przez Oddział Funduszu płatności całości lub części należności Świadczeniodawca zobowiązany jest do uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub wystawienia dokumentu korygującego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.
4. Do czasu uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub wystawienia dokumentu korygującego Oddział Funduszu nie dokonuje wypłaty wstrzymanych należności.
5. Oddział Funduszu dokonuje wypłaty wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub otrzymania dokumentu korygującego, nie wcześniej niż w terminie, o którym mowa w § 19 ust. 2.

§ 21.

1. Wszelkie płatności uważa się za dokonane w dniu obciążenia rachunku bankowego Oddziału Funduszu.
2. Całkowite roczne rozliczenie rzeczowo-finansowe wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 30 dni po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

§ 22.

1. W przypadku stwierdzenia przez Oddział Funduszu przekazania Świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych

środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zwrotu.

2. Brak zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w terminie, o którym mowa w ust. 1, upoważnia Oddział Funduszu do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z kolejnej należności przysługującej Świadczeniodawcy.

§ 23.

1. Należności za świadczenia będące przedmiotem umowy rozliczane są zgodnie z następującymi systemami finansowania świadczeń:
 - 1) system finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową;
 - 2) system finansowania świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną;
 - 3) system finansowania świadczeń, dla których określono ryczałt.
2. System finansowania świadczeń w danym rodzaju świadczeń określa umowa.

§ 24.

System finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową.

1. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę, stanowi sumę iloczynów liczby wykonanych poszczególnych świadczeń wyrażonych w liczbach całkowitych lub odpowiadających im punktach rozliczeniowych i cen jednostkowych, nie większą niż wartość 1/12 kwoty należnej za dany zakres świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 2 **oraz § 24a**.
2. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być wyższa niż wynikająca z ust. 1, w przypadku, gdy kwoty miesięcznych należności za ubiegłe okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były niższe, niż określone w ust. 1. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i ubiegłe okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od iloczynu okresów sprawozdawczych, za które dokonano płatności i wartości 1/12 kwoty należnej za dany zakres świadczeń.
3. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

4. Kwoty miesięcznych rachunków sporządzonych przez Świadczeniodawcę, nie mogą być wyższe od kwot wynikających z postanowień ust. 1 - 3.

§ 24a.

1. Przepisów § 24 nie stosuje się do świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125.
2. Należność z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę, odrębnie dla każdego uprawnionego, stanowi sumę iloczynów liczby wykonanych poszczególnych świadczeń wyrażonych w liczbach całkowitych lub odpowiadających im punktach rozliczeniowych i cen jednostkowych.

§ 25.

System finansowania świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną.

1. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę, stanowi iloczyn liczby ubezpieczonych i **osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji** objętych opieką i 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, uwzględniającej wskaźniki, o których mowa w ust. 4.
2. Liczba ubezpieczonych i **osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji** objętych opieką ustalana jest na podstawie list pacjentów, sporządzanych w oparciu o deklaracje wyboru osoby udzielającej świadczeń (lekarza, pielęgniarki, położnej) zgodnie ze wzorem ustalonym przez Fundusz, według stanu na pierwszy dzień miesiąca.
3. Listę ubezpieczonych i **osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji** objętych opieką, Świadczeniodawca tworzy w formie elektronicznej w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz.
4. Wysokość kapitacyjnej stawki rocznej, ustalonej z uwzględnieniem wskaźników korygujących, początkową liczbę ubezpieczonych i **osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji** objętych opieką, szczegółowe zasady przekazywania danych o liczbie osób objętych opieką oraz zasady weryfikacji list tych osób określa umowa.

5. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

§ 25a.

Świadczenia udzielone na podstawie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, nieznanym się na liście osób objętych opieką, prowadzonej przez Świadczeniodawcę, finansowane są zgodnie z zasadami i cenami dotyczącymi finansowania świadczeń udzielanych na rzecz ubezpieczonych spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu, określonymi w umowie.

§ 26.

System finansowania świadczeń, dla których określono ryczałt.

1. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę, stanowi wartość 1/12 rocznej kwoty należnej za dany zakres świadczeń, **z zastrzeżeniem ust. 3.**
2. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, ust. 1 stosuje się odpowiednio.
3. **W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125, należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę, równa jest wysokości rzeczywistych kosztów świadczenia poniesionych przez Świadczeniodawcę.**

Rozdział VII Zasady gromadzenia danych i prowadzenia dokumentacji.

§ 27.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru świadczeń, zawierającego dane określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania Oddziałowi Funduszowi danych, o których mowa w ust. 1, w formie elektronicznej w formacie wymiany danych wymaganym przez system informatyczny Oddziału Funduszu.

§ 28.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdaniem z wykonania umowy, które należy przedstawić w terminie do **10 dnia** każdego miesiąca Oddziałowi Funduszu, **z zastrzeżeniem ust. 5**. Rachunek powinien być sporządzony zgodnie z obowiązującymi przepisami .
2. Raport statystyczny oraz sprawozdanie, o których mowa w ust. 1 Świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział Funduszu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje w formie pisemnej oraz w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział Funduszu.
4. Oddział Funduszu może dokonać zmiany terminów przekazywania danych, o których mowa w ust. 1, informując o tym Świadczeniodawcę.
5. **W przypadku świadczeń wykonanych na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125, Świadczeniodawca zobowiązany jest przekazać wraz z rachunkiem i dokumentami określonymi w ust. 1, kopię właściwego formularza serii E-100 lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także „Kartę informacyjną o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji”, w formie pisemnej zgodnej ze wzorem ustalonym przez Fundusz, podawanym Świadczeniodawcom do wiadomości co najmniej na 30 dni przed terminem jego obowiązywania, oraz w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział Funduszu.**

§ 29.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz umowie;
- 2) sporządzania sprawozdań statystycznych i finansowych zgodnie z obowiązującymi przepisami;

- 3) pisemnego przekazywania informacji, zaświadczeń i opinii niezbędnych do realizacji zadań Funduszu;
- 4) sporządzania dodatkowych informacji i sprawozdań na wniosek Oddziału Funduszu;
- 5) prowadzenia rejestru ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia oraz przekazywania do Oddziału Funduszu, zgodnie z odrębnymi przepisami, informacji o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania.**

Rozdział VIII- Prawa pacjenta oraz kontrola realizacji i jakości świadczeń.

§ 30.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu utrzymanie i podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń.
3. Fundusz może żądać przedstawienia przez Świadczeniodawcę informacji o realizacji zadań określonych w ust. 2.

§ 31.

Fundusz przeprowadza kontrole realizacji umów przez Świadczeniodawców, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Rozdział IX – Kary umowne.

§ 32.

- 1. Oddział Funduszu w razie stwierdzenia - w szczególności po przeprowadzeniu kontroli realizacji umowy - niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, ma prawo nałożenia na Świadczeniodawcę kary umownej w wysokości do 1% kwoty zobowiązania z danego zakresu świadczeń.**
- 2. Oddział Funduszu określa każdorazowo, zgodnie z umową lub ogólnymi warunkami umów, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty w wezwaniu do zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od daty wezwania.**

3. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu Oddział Funduszu zastrzega sobie prawo do potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących Świadczeniodawcy od Oddziału Funduszu.

Rozdział X - Postanowienia końcowe.

§ 33.

1. W przypadku, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania przeznaczona na wykonanie świadczeń będzie ustalana corocznie w terminie do 30 listopada danego roku, na rok następny.
2. W przypadku ustalenia w terminie, o którym mowa w ust. 1, kwoty zobowiązania, na okres następnego roku Strony zawierają aneks do umowy.
3. W przypadku nieustalenia w trybie określonym w ust. 1 i 2, kwoty zobowiązania na okres następnego roku, umowa rozwiązuje się z ostatnim dniem lutego następnego roku.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Oddział Funduszu sfinansuje świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego roku, zgodnie z ilościami i cenami określonymi dla dwóch ostatnich miesięcy okresu obowiązywania umowy w poprzednim roku.

§ 34.

1. W każdym przypadku, gdy Świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności mającej wpływ na sposób realizacji umowy, zobowiązany jest do pisemnego poinformowania Oddziału Funduszu, w terminie nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian Świadczeniodawca zobowiązany jest – w terminie 7 dni - przedłożyć Oddziałowi Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie, pod rygorem rozwiązania umowy bez zachowania terminu wypowiedzenia, zgodnie z postanowieniami § 36.
2. W przypadku rozwiązania lub likwidacji Świadczeniodawcy tworzącego zakład opieki zdrowotnej, grupową praktykę lekarską, pielęgniarską lub położniczą Świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym Oddział Funduszu.

§ 35.

Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron najpóźniej na trzy miesiące naprzód na koniec miesiąca kalendarzowego, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 36.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, Oddział Funduszu może rozwiązać umowę w części lub całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 77 ust. 2 ustawy;
- 3) naruszenia § 9 ust. 3, § 10 lub **§ 34** ogólnych warunków umów;
- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione nieposiadające wymaganych kwalifikacji;
- 5) udzielania świadczeń w pomieszczeniach nie odpowiadającym wymogom sanitarno-epidemiologicznym;
- 6) udzielania świadczeń bez wymaganego sprzętu i aparatury medycznej lub z użyciem sprzętu i aparatury medycznej nie odpowiadającej obowiązującym przepisom oraz nie posiadających aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione serwisy;
- 7) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec ubezpieczonych, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4;
- 8) niedotrzymania warunków określonych w § 7 dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 9) przedstawienia przez Świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla Oddziału Funduszu podstawą ustalenia kwoty finansowania świadczeń;
- 10) przedstawienia przez Świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji w toku postępowania o zawarcie umowy;
- 11) udaremnienia lub utrudniania kontroli Świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt. 2-8, rozwiązanie umowy w części lub całości bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego

wezwania Świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni.

§ 37.

Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania terminów wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez Oddział Funduszu zapłaty za co najmniej dwa kolejne miesiące udzielania świadczeń.

§ 38.

Umowa wygasa:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego Świadczeniodawcy;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 39.

Każda zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 40.

1. **Oświadczenia Oddziału Funduszu wymagające doręczenia Świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane na adres siedziby Świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń, z zastrzeżeniem ust. 2.**
2. **Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem, że fakt oraz data doręczenia powinny być potwierdzone podpisem odbiorcy.**
3. Przepis ust. 1 stosuje się również, gdy Świadczeniodawca nie poinformował Oddziału Funduszu o zmianie siedziby.
4. Aktualna treść ogólnych warunków umów udostępniana jest na stronie internetowej www.nfz.gov.pl oraz w siedzibach oddziałów wojewódzkich Funduszu.

§ 41.

1. W sprawach nieuregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy ustawy oraz Kodeksu cywilnego.
2. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach umów lub umowie zawartej pomiędzy Świadczeniodawcą a Funduszem, strony umowy związane są

postanowieniami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych obowiązujących w toku postępowania o zawarcie umowy oraz protokołach negocjacji.

3. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 42.

1. Przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy przez Świadczeniodawcę na osobę trzecią wymaga zgody Oddziału Funduszu.
2. Wierzytelności wynikające z umowy nie mogą być przedmiotem cesji, bez zgody Oddziału Funduszu.

§ 43.

Sprawy sporne, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji umowy będą rozpoznawane przez sąd właściwy dla siedziby Oddziału Funduszu.

§ 44.

W przypadku wejścia w życie, w trakcie obowiązywania ogólnych warunków umów, nowych przepisów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego, przepisy ogólnych warunków umów mają zastosowanie w takim zakresie w jakim nie będą sprzeczne z nowymi przepisami.

ANEKS NR
DO UMOWY Nr/.....
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

-¹
zawarty w, dnia roku, pomiędzy:
**Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem
Wojewódzkim w z siedzibą:(ADRES),**
reprezentowanym przez, działającego na
podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia z
dnia, nr, **zwanym dalej “Oddziałem Funduszu”**
a
.....,
zwanym dalej **“Świadczeniodawcą”**,

§ 1.

W określonej we wstępie umowie §² otrzymuje brzmienie:

„§ ...³ . W zakresie nieuregulowanym w niniejszej umowie stosuje się postanowienia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, **w brzmieniu ustalonym uchwałą Nr⁴/2004 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia**, które stanowią integralną część umowy.”.

¹ Należy wpisać nazwę odpowiedniego rodzaju świadczeń zdrowotnych, np.: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

² Należy wpisać numer paragrafu i ustępu, w którym zawarto postanowienie odnoszące się do Ogólnych warunków umów.

³ j. w.

⁴ Należy wpisać numer uchwały przyjmującej zmiany w OWU.

§ 2.

Pozostałe postanowienia umowy pozostają bez zmian.

§ 3.

Aneks obowiązuje od dnia 1 maja 2004 roku.

§ 4.

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu