

10/PRO/2008

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia - **Oddziałem
Wojewódzkim w** z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Oddziałem Funduszu”**
a
.....
reprezentowanym przez
....., zwanym dalej
“Świadczeniodawcą”.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **zarządzeniu nr 66/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne**, zwanych dalej „warunkami zawierania umów”.
3. Warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2, obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1.01.2008 r. do dnia 31.12.2008 r. Warunki zawierania umów na dalsze okresy rozliczeniowe w okresie obowiązywania umowy ustalane są w trybie określonym w § 10 umowy.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie personelu”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 3 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 3 – „Harmonogram - zasoby”.
4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 4 do umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 4 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w Regulaminie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 3

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania „Zasad postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, które stanowią załącznik nr 5 do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z zasadami, o których mowa w ust. 1 wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie i zasadach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w jego placówce.

§ 4

1. Na okres obowiązywania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197, poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 5

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi

maksymalnie.....zł (słownie:zł).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr..... prowadzony w banku
4. W przypadku realizacji świadczeń w zakresach:
 - 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
 - 2) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
 - 3) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
 - 4) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki,
- rozliczenie następuje zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń w zakresach, o których mowa w ust. 4 przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek Świadczeniodawcy - strony umowy zwiększą odpowiednio:
 - 1) liczbę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń, określone w załączniku nr 1 do umowy;
 - 2) kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, o której mowa w ust.1.
6. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r., z zastrzeżeniem ust. 7-12.
7. Należność z tytułu realizacji świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, za okres sprawozdawczy, jest określona w odrębnym rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę.
8. Należność z tytułu realizacji świadczeń udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy, za okres sprawozdawczy, jest określana w rachunkach

wystawianych odrębnie dla każdej z kategorii osób wskazanych w art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy.

9. W przypadkach, o których mowa w ust. 7 i 8, kwoty rachunków zawierają się w kwotach określonych w Planie rzeczowo – finansowym, o którym mowa w ust. 2.
10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę przeznaczoną na wzrost wynagrodzeń w roku 2008 stosownie do postanowień Rozdziału 3 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości zł (słownie.....zł).
11. Środki, o których mowa w ust. 10, będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
12. Świadczeniodawca wystawia rachunki oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 10, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

§ 6

1. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym świadczeniobiorcom w zakresie i na zasadach określonych w przepisach odrębnych, w zarządzeniach wydanych przez prezesa Funduszu na podstawie tych przepisów oraz umowy. Informacje przekazywane są w formie elektronicznej w formacie określonym przez Fundusz.
2. Informacje, o których mowa w ust. 2 obejmują w szczególności:
 - 1) w programie profilaktyki raka szyjki macicy: dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
 - 2) w programie profilaktyki raka piersi: dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
 - 3) w programie badań prenatalnych: przyczynę włączenia do programu, informację o wyniku badania w szczególności w oparciu o ICD-10;
 - 4) w programie profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne: dane o efektach leczenia w podziale na farmako- i psychoterapię.

KARY UMOWNE

§ 7

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 -2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 9

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza warunki zawierania umów na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.

3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku jeśli kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy nie została ustalona w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 10

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 11

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 12

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

PODPISY STRON

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Wykaz personelu;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Harmonogram-zasoby;
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
- 5) **Załącznik nr 5 do umowy** - Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr rodzaj świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne					wersja				Nr dokumentu wprowadzającego OW NFZ	
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do				Wartość (zł)	
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)			
Razem zakresy (kwota umowy)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje	Okres sprawozd.		Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	
	Styczeń			Luty		Marzec		Kwiecień		
	Maj			Czerwiec		Lipiec		Sierpień		
	Wrzesień			Październik		Listopad		Grudzień		

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	Kod miejsca	Kod zakresu	Nazwa zakresu				TERYT	
Kod miejsca	Nazwa miejsca							
Adres miejsca								
			Styczeń	Luty	Marzec	I kwartał		
		<i>liczba * cena</i>				Liczba		
		<i>wartość</i>				Wartość (zł)		
			Kwiecień	Maj	Czerwiec	II kwartał		
		<i>liczba * cena</i>				Liczba		
		<i>wartość</i>				Wartość (zł)		
			Lipiec	Sierpień	Wrzesień	III kwartał		
		<i>liczba * cena</i>				Liczba		
		<i>wartość</i>				Wartość (zł)		
			Październik	Listopad	Grudzień	IV kwartał		
		<i>liczba * cena</i>				Liczba		
		<i>wartość</i>				Wartość (zł)		
		Razem	LICZBA					
			WARTOŚĆ (zł)					

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

* Techniczny kod operacji formalno - prawnej na podstawie, której została utworzona pozycja umowy

WYKAZ PERSONELU

Załącznik nr 2 do umowy nr

rodzaj świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne

Id personelu	Nazwisko	Imiona	PESEL

Uprawnienia zawodowe

Grupa zawodowa	Nr Prawa Wyk. Zawodu

Zawód-specjalność

Nazwa	Stopień specjalizacji	Data uzyskania	Data otwarcia

Kompetencje

Nazwa	Data uzyskania

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 3 do umowy nr

rodzaj świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne

Nr pozycji umowy	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Nazwa miejsca udzielania świadczeń	Adres miejsca udzielania świadczeń	Część VII kodu resortowego	Część VIII Kodu resortowego

Harmonogram dostępności zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Personel											
Numer z wykazu	PESEL	Zawód/specjalność	Nr prawa	Dostępność godzinowa tygodniowo	Harmonogram pracy *						
					pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Sprzęt						
Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu OW	Nazwa sprzętu	Ilość	Nr seryjny sprzętu	Rodzaj dostępności sprzętu	Rok produkcji	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

* Drukowany jeżeli został wypełniony szczegółowy harmonogram pracy

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr 4 do umowy nr
rodzaj świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			
Adres siedziby		Kod terytorialny	
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			

<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ część I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	

<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa	Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
Przedmiot świadczeń podwykonywanych		Opis przedmiotu podwykonawstwa	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

**Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego
w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

1. Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy podpisanej z NFZ.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest do posługiwania się w procesie prowadzonego przez siebie leczenia i diagnozowania formularzami, których merytoryczną zawartość określa NFZ, o ile nie wynikają one z odrębnych przepisów
3. Lekarz POZ kierujący świadczeniobiorcą do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną umożliwiającymi potwierdzenie wstępnego rozpoznania.
4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej i szpitalu zobowiązany jest, do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym czasokresu ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
5. Lekarz POZ ordynuje leki dla świadczeniobiorcy w sytuacji opisanej w p. 4 (konieczność stałego przyjmowania leków w schorzeniach przewlekłych), jeżeli w dokumentacji medycznej przez niego prowadzonej znajduje się informacja, której zakres opisany jest w p.4 pochodząca od lekarza realizującego świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z NFZ.
6. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania badań kontrolnych, 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 specjalisty, do którego świadczeniobiorca ma prawo zgłosić się bez skierowania.
7. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.
8. W przypadku kierowania świadczeniobiorcy z jednej poradni specjalistycznej do innej, jako badania wstępne przekazywane są wyniki badań wykonane w poradni kierującej oraz inne badania diagnostyczne będące w posiadaniu świadczeniobiorcy a wykonane przez lekarza

POZ, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania .

9. W przypadku zakwalifikowania pacjenta na oddział szpitalny, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.
10. W czasie trwania hospitalizacji świadczeniobiorcy, lekarz POZ nie może wystawiać mu zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne (zwłaszcza pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne itp.) oraz ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji a może ordynować leki, których zażywanie nie wynika z przyczyny hospitalizacji .
11. Szpital zapewnia świadczeniobiorcy leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji..
12. Świadczeniobiorca po zakończeniu hospitalizacji (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) powinien zostać zaopatrzony stosownie do zaistniałej sytuacji w: skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia.
13. Każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w trakcie prowadzonego leczenia w przypadkach medycznie uzasadnionych orzeka o czasowej niezdolności do pracy – wystawia zwolnienie lekarskie.