

09/1/RTM/2007
UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ –
POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY –
ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO „N”**

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 pomoc dorażna i transport sanitarny, 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 **„SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 01.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem Nr Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z wykazem „Rejon operacyjny, liczba oraz lokalizacja zespołów ratownictwa medycznego”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
4. Dopuszczalne jest zlecenie przez świadczeniodawcę realizacji części umowy przez podwykonawcę.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, 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 przekazywania informacji o realizacji świadczeń w raporcie statystycznym, przekazywanym wraz z rachunkiem.
9. Zespoły ratownictwa medycznego zapewniające gotowość dobową do udzielania świadczeń nie mogą realizować w tym czasie zleceń dla innych podmiotów.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, o którym mowa 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 średniego kursu 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

§ 4

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
4. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę w wysokości zł (słownie: zł), stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), zwaną dalej „środkami na podwyżki”.

5. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.

6. Świadczeniodawca wystawia faktury Oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 4, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

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 i 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

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do dnia r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne 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 nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, 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

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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 RTM** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **załącznik nr 2 do umowy RTM** – Wykaz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy RTM** – Rejon operacyjny, liczba oraz lokalizacja zespołów ratownictwa medycznego;
- 4) **załącznik nr 4 do umowy RTM** – Wykaz podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy.

załącznik nr 1 do umowy RTM

Kod świadczeniodawcy
Nazwa świadczeniodawcy

umowa nr:

nr pierwotny umowy:
OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do		
			liczba dni gotowości	ryczałt dobowy (zł)	wartość (zł)
1	świadczenia udzielane przez zespół ratownictwa medycznego "N"	09.3118.030.08			
razem (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem

razem	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

kod zakresu	liczba dni gotowości	wartość (zł)	liczba dni gotowości	wartość (zł)	liczba dni gotowości	wartość (zł)	liczba dni gotowości	wartość (zł)
		styczeń		luty		marzec		kwiecień
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Kod świadczeniodawcy
 Nazwa świadczeniodawcy
 Nr umowy

Wykaz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego

Grupa zawodowa*.....

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód / specjalność**	stopień specjalizacji/ kursy pielęgniarskie***	staż pracy w zawodzie	numer / nazwa rejonu operacyjnego	uwagi

* - wykaz osób sporządzany jest odrębnie dla każdej grupy zawodowej właściwej dla zakresu świadczeń: lekarze, pielęgniarki, średni personel ochrony zdrowia gdzie indziej nie sklasyfikowany (dotyczy ratowników medycznych), kierowcy samochodów osobowych.

** - wg słownika zawodów/specjalności; zgodnie z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego zakresu świadczeń.

*** - stopień specjalizacji (bez specjalizacji/I st/II st/w trakcie specjalizacji), kursy pielęgniarskie.

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Rejon operacyjny, liczba oraz lokalizacja zespołów ratownictwa medycznego

Kod świadczeniodawcy

Nazwa świadczeniodawcy

Numer umowy

nazwa województwa	numer/nazwa rejonu operacyjnego	baza (adres)	podstacja (adres)	miejsce wyczekiwania (adres)*	obszar objęty rejonem działania (dzielnice/gminy/powiaty/województwo)	liczba zespołów		
						R	W	N

* należy wykazać wszystkie miejsca wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego; jeśli np. jedynym miejscem wyczekiwania jest baza, w kolumnie tej należy powtórzyć adres bazy

Data sporządzenia:

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Kod świadczeniodawcy
Nazwa świadczeniodawcy
Numer umowy

Wykaz podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	2	3	4	5

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy