

UMOWA

...../1/RTM/2008

Nr...../.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- RATOWNICTWO MEDYCZNE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Wojewodą, na którego rzecz i w imieniu, którego działa **Dyrektor**
..... **Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia**
z siedzibą:, zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”

a

....., reprezentowanym przez
....., zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”.

§1

PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem umowy są świadczenia ratownictwa medycznego udzielane świadczeniobiorcom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. W okresie od dnia 01.01.2008 r. do dnia 31.12.2008 r. świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr .../2007/DSM z dnia ... w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny – ratownictwo medyczne**, zwanym dalej „warunkami zawarcia umów”.
3. Warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2, obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1.01.2008r. do dnia 31.12.2008r. Warunki zawierania umów na dalsze okresy rozliczeniowe w okresie obowiązywania umowy ustalane są w trybie określonym w § 8 umowy.

§2

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie personelu”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 3** - „Harmonogram – zasoby”.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z wykazem „Miejsca wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 5** do umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone dla świadczeniodawców będących jednostkami systemu ratownictwa medycznego określonych w przepisach odrębnych i zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w § 1 ust. 2.
6. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie właściwego terytorialnie wojewody oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego 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 o jej wynikach.
7. Zaprzestanie przez świadczeniodawcę współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 5** do niniejszej umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
8. Zespoły ratownictwa medycznego zapewniające gotowość dobową do udzielania świadczeń nie mogą realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności świadczeń szpitalnych, świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej oraz pomocy doraźnej.

9. 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 .
10. Aktualizacje danych, o których mowa w ust. 9, 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 6** 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 placówce.

§4

1. Na okres obowiązywania umowy Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku 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.

§5

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

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 realizacji świadczeń wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, wynikającą z liczby zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego u danego świadczeniodawcy stanowi iloczyn liczby dni w okresie sprawozdawczym, kwoty ryczałtu dobowego na jeden zespół
i liczby zespołów ratownictwa medycznego, odpowiednio dla każdego zakresu świadczeń, zgodnie z określonym dla umowy „Planem rzeczowo-finansowym”.
5. Należności z tytułu realizacji umowy określone w ust. 3 Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr
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. 7-9.
7. 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)
8. Środki, o których mowa w ust. 7 , będą przekazane w równych ratach miesięcznych w terminach do 5 dnia miesiąca, następnego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.

- Świadczeniodawca wystawia rachunki Oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 7, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpi przekazania raty środków na podwyżki.

§6

KARY UMOWNE

- W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
- 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;
- 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.

§7

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

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

§8

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN

UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego;
- Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i plan rzeczowo-finansowy na następny okres rozliczeniowy;
- 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

§9

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

§10

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.

§11

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 personelu;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy RTM** - Harmonogram - zasoby;
- 4) **załącznik nr 4 do umowy RTM** - Miejsce wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego;
- 5) **załącznik nr 5 do umowy RTM** - Wykaz podwykonawców,
- 6) **załącznik nr 6 do umowy RTM** - Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY					wersja				Nr dokumentu wprowadzającego OW NFZ	
rodzaj świadczeń:.....										
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do					
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)			Wartość (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							
Adres miejsca		nazwa 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**rodzaj świadczeń:.....**

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

rodzaj świadczeń:.....

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

Harmonogram dostępności zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

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

Sprzęt/Pojazdy					
Unikalny wyróżnik sprzętu/pojazdów z wykazu OW	Nazwa sprzętu	Ilość	Nr seryjny sprzętu/ nr rejestracyjny	Rodzaj dostępności sprzętu	Rok produkcji

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

*** Drukowany jeżeli został wypełniony szczegółowy harmonogram pracy**

MIEJSCE WYCZEKIWANIA ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO ***rodzaj świadczeń:.....**

Nr miejsca wyczekiwania - numer jednostki systemu/zespołu **	Nazwa miejsca wyczekiwania	Obszar objęty rejonem działania (dzielnice/gminy/powiaty/województwo) *	kod TERC (TERYT) miejsca wyczekiwania	Kod miejsca udzielania świadczeń	Adres miejsca wyczekiwania ***	Część VII kodu resortowego	Część VIII Kodu resortowego

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

* załącznik tworzony w oparciu o wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

** numer i nazwa miejsca wyczekiwania – numer jednostki systemu/zespołu tworzony przez OW NFZ w uzgodnieniu z wojewodą na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, składa się z numeru TERYT (Systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego TERC) oraz cyfry identyfikującej rodzaju zespołu (kod: 2 – podstawowy, 4 – specjalistyczny) i dwóch cyfr numeru kolejnego dla danego rodzaju zespołu w miejscu wyczekiwania czyli w danym identyfikatorze TERC /uwaga nie używa się kodów TERC zakończonych cyfrą „3”/

*** należy wykazać wszystkie miejsca wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego

WYKAZ PODWYKONAWCÓW			
rodzaj świadczeń:.....			
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.