

...../1/PDT/2008

UMOWA Nr...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POMOCY DORAŻNEJ I TRANSPORCIE SANITARNYM

zawarta w, dnia roku,
pomiędzy: **Dyrektorem** **Oddziału Narodowego Funduszu
Zdrowia** z siedzibą:, zwanym dalej
„**Oddziałem Funduszu**”

a

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

§ 1

PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem umowy są świadczenia pomocy dorażnej i transportu sanitarnego (zespołu sanitarnego typu „N”) udzielane świadczeniobiorcom w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do umowy;
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych *ZARZĄDZENIEM NR/2007/DSM Z DNIA2007 R. PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POMOCY DORAŻNEJ I TRANSPORCIE SANITARNYM*, zwanym dalej „warunkami zawarcia umów”.
3. Warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2, obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1.01.2008 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.

§ 2

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z wykazem „Miejsce wyczekiwania zespołów sanitarnych typu „N””, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy;

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie personelu”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy;
3. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy;
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w § 1 ust. 3;
5. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie dyrektora oddziału wojewódzkiego 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 o jej wynikach;
6. Zaprzestanie przez świadczeniodawcę współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do niniejszej umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany;
7. Dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 5**.
8. Zespoły sanitarne typu „N” 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 nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ratownictwa medycznego.
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 wymienione do umowy.
10. 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 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 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.

§ 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 określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należności z tytułu realizacji umowy określone w ust. 3 Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr
4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r., z zastrzeżeniem ust. 5-9 oraz § 6.
5. 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.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, kwoty rachunków zawierają się w kwotach określonych w Planie rzeczowo – finansowym, o którym mowa w ust. 2.
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 przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
9. Świadczeniodawca wystawia rachunki oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 7, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

§ 6

1. Kwota zobowiązania, o której mowa w § 5 ust. 1, nie obejmuje zobowiązań z tytułu kosztów świadczeń ponoszonych przez Fundusz z rezerwy, o której mowa art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy, w przypadkach gdy:
 - 1) konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz
 - 2) posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).
2. W celu ustalenia kwoty należności za okres sprawozdawczy za świadczenia, o których mowa w ust. 1, Oddział Funduszu przeprowadza weryfikację świadczeń wykazanych w raporcie statystycznym w oparciu o dane uzyskane zgodnie z art. 131 a ust. 4 i 5 ustawy.
3. Informację zawierającą wskazanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, Oddział Funduszu przesyła Świadczeniodawcy; termin przekazania informacji uzależniony jest od terminu uzyskania przez Fundusz danych, o których mowa w art. 131 a ust. 4 i 5 ustawy.
4. Świadczeniodawca potwierdza, że świadczenia wskazane przez Oddział Funduszu w informacji, o której mowa w ust. 3, zostały wykonane w warunkach opisanych w art. 14b ustawy.
5. Raport obejmujący potwierdzenie wykonania świadczeń w warunkach, o których mowa w art. 14 b ustawy, stanowi podstawę wystawienia odrębnego rachunku.
6. W przypadku gdy Świadczeniodawca stwierdzi wykonanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nie ujętego w informacji, o której mowa w ust. 3, strony umowy przeprowadzą stosowne postępowanie wyjaśniające w celu potwierdzenia istnienia przesłanek, o których mowa w ust. 1.

§ 7

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.
2. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym wykonywanych procedur medycznych wg ICD 9.

§ 8

KARY UMOWNE

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.

§ 9

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

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

§ 10

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

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 nie ustalenia 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

§ 11

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

§ 12

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.

§ 13

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 PDT** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **załącznik nr 2 do umowy PDT** – Wykaz personelu;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy PDT** – Miejsce wyczekiwania zespołów sanitarnych typu „N”;
- 4) **załącznik nr 4 do umowy PDT** – Wykaz podwykonawców;
- 5) **załącznik nr 5 do umowy PDT** – Harmonogram – zasoby,
- 6) **załącznik nr 6 do umowy PDT** – Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

WYKAZ PERSONELU

Załącznik nr 2 do umowy nr

rodzaj świadczeń: POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY

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

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr 4 do umowy nr
rodzaj świadczeń: POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			Kod terytorialny
Adres siedziby			
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

HARMONOGRAM - ZASOBY**Załącznik nr 5 do umowy nr
rodzaj świadczeń: POMOC DORAZNA I TRANSPORT SANITARNY**

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

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**

**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 świadczeniobiorcę 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.