

Dr wpływu 29 STY 2010
Numer wpływu 061
DPPJ

UMOWA Nr 03-10-01-00684-01

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RODZAJU: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

(świadczenia lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej)

zawarta w Lublinie, dnia 31 grudnia 2009 roku pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia – Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim w Lublinie
z siedzibą: ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin reprezentowanym przez Tomasza Pękalskiego –
Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
zwanym dalej “Oddziałem Funduszu”**

a

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II
22-400 ZAMOŚĆ, UL. ALEJE JANA PAWŁA II 10,**

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

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 2 pkt 1-4 Rozporządzenia MZ udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Fundusz, w tym:
 - 1) świadczenia lekarza w POZ, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:
 - a) świadczenia lekarza poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 14 ust. 2 warunków zawierania umów - *obligatoryjnie*,
 - b) świadczenia lekarza poz – porady udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ – *obligatoryjnie*,
 - i spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu – *obligatoryjnie*,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – *obligatoryjnie*,

- c) świadczenia lekarza poz – porady udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy) *obligatoryjnie*,
 - d) świadczenia lekarza poz - świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia – *obligatoryjnie*,
 - e) świadczenia lekarza poz - porady kwalifikacyjne do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ - *obligatoryjnie*;
- 2) świadczenia pielęgniarki poz:
- a) świadczenia pielęgniarki poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 18 ust. 2 warunków zawierania umów – *obligatoryjnie*,
 - b) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ – *obligatoryjnie*,
 - i spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu – *obligatoryjnie*,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – *obligatoryjnie*,
 - c) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy) - *obligatoryjnie*,
 - d) świadczenia pielęgniarki poz - świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – *obligatoryjnie*;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
- a) świadczenia położnej poz – kapitacja na podstawie zadeklarowanej populacji świadczeniobiorców - *obligatoryjnie*,
 - b) świadczenia położnej w POZ - świadczenia edukacji przedporodowej kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowujące kobiety do odbycia porodu - *obligatoryjnie*,
 - c) świadczenia położnej w POZ – świadczenia opieki nad noworodkami do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietami w okresie połogu - *obligatoryjnie*,
 - d) świadczenia położnej w POZ - świadczenia w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych - *obligatoryjnie*,
 - e) świadczenia położnej w POZ – świadczenia udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ – *obligatoryjnie*,
 - i spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu – *obligatoryjnie*,

- innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obywatelom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – *obligatoryjnie*,
- f) świadczenia położnej w POZ – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy) – *obligatoryjnie*;
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej w POZ, w tym:
 - a) świadczenia pielęgniarki szkolnej w POZ – kapitacja według listy uczniów w poszczególnych typach szkół – *obligatoryjnie*,
 - b) świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej – kapitacja według listy uczniów klas I-VI w szkołach objętych opieką – *obligatoryjnie*.
- 2. Przepisy zawarte w ust. 1 dotyczą Świadczeniodawców tylko w zakresie określonym pozytywnie zweryfikowanym wnioskiem o zawarcie umowy. Pozostałe przepisy ulegają wykreśleniu przy zawieraniu umowy, a zdefiniowane przez nie zakresy nie są realizowane przez świadczeniodawcę.
- 3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
- 4. Umowę zawarto na okres 3 lat, począwszy od dnia 01 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.
- 5. W okresie od dnia 01.01.2010 r. do dnia 31.12.2010 r. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych *zarządzeniem nr 72/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna zmienionym zarządzeniem nr 91/2009/DSOZ z dnia 29 grudnia 2009 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*, zwanym dalej „*warunkami zawierania umów*” w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1139), zwanym dalej „*rozporządzeniem MZ*”, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133), oraz w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „*Ogólnymi warunkami umów*”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. W przypadku, gdy Fundusz zawarł odrębne umowy na udzielanie świadczeń w zakresach: świadczenia lekarza poz, świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej, dotyczące tej samej grupy świadczeniobiorców, Świadczeniodawcy zobowiązani są do wzajemnej współpracy, w szczególności do przekazywania informacji dotyczących wykonywanych procedur terapeutycznych

u świadczeniobiorców oraz ich stanu zdrowia.

- Przekazywanie informacji, których mowa w ust. 1. może następować przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych form komunikacji a ich treść należy odnotowywać wraz z datą uzyskania i danymi osoby przekazującej, w prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 3.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 4.

- Świadczenia są udzielane zgodnie z harmonogramem, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy, określonym odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń.
- Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy. Podwykonawca musi spełniać warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
- 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.
- Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
- 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.
- Aktualizację danych, o których mowa w ust. 4 i 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu
- Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów i ich przestrzegania przez wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

§ 5.

przypadku:

- 1) zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz udzielania świadczeń u Świadczeniodawcy;
 - 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę;
 - 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej Świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą - Świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.
2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń.
 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających, do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.
 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, tego świadczeniodawcy do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, z zastrzeżeniem, że zmiana miejsca udzielania świadczeń następuje w obrębie administracyjnym gminy lub dzielnicy – w miastach, w których wyodrębniono jednostki pomocnicze.
 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeń udziela Świadczeniodawca udzielający świadczeń w dotychczasowym miejscu, pod warunkiem, że świadczenia udzielane są przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, do których deklarację wyboru złożył świadczeniobiorca.
 6. Kontrola danych zawartych w złożonych w deklaracjach prowadzona będzie przez Oddział Funduszu zgodnie z zasadami postępowania kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia.
 7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem lub zdarzeniem losowym) zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz realizujących umowy w ramach indywidualnych praktyk lekarskich, pielęgniarskich i położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, pielęgniarskich i położnych oraz zakładów opieki zdrowotnej, w których świadczenia realizowane są jednoosobowo, Świadczeniodawca poz zobowiązany jest do:
 - 1) zabezpieczenia świadczeniobiorcom zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa na okres nieobecności u innego świadczeniodawcy;
 - 2) odpowiednio wczesnego powiadomienia świadczeniobiorców o zmianach wynikających z modyfikacji wprowadzonej w związku z pkt 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;
 - 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

8. W przypadku planowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez NFZ o takim zamiarze z wyprzedzeniem 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.
9. Z ważnych przyczyn, na podstawie przepisów art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) lekarz poz może odstąpić od leczenia świadczeniobiorcy, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz inny przypadek niecierpiący zwłoki.
10. W sytuacji opisanej w ust. 9 lekarz poz zobowiązany jest do:
 - 1) uprzedzenia dostatecznie wcześniej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o podjętej decyzji i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w świadczeniodawcy poz;
 - 2) uzasadnienia i odnotowania faktu odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej i na egzemplarzu złożonej do niego deklaracji wyboru;
 - 3) zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 6.

1. Podstawę do ustalenia liczby świadczeniobiorców objętych opieką, stanowi lista świadczeniobiorców sporządzona na podstawie deklaracji wyboru.
2. Lista świadczeniobiorców będzie każdorazowo zawierała aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje do osoby udzielającej świadczeń u Świadczeniodawcy.
3. Podstawą finansowania świadczeń zdefiniowanych w §1 ust.1 pkt 4 lit.a i lit.b, są listy uczniów uczęszczających do szkół, w których świadczeniodawca sprawuje opiekę nad uczniami.
4. Listy, o których mowa w ust. 1 i 3, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7 dnia każdego okresu sprawozdawczego.
5. W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w ust. 4 lub zmian w zakresie danych wymagalnych, właściwy Oddział Funduszu powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego okresu sprawozdawczego.
6. Listy uczniów należy potwierdzać przynajmniej 2 razy w roku tj. w marcu i październiku, podpisaną przez dyrektora szkoły informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez Świadczeniodawcę, sporządzoną odrębnie dla każdego typu szkoły zgodnie z załącznikiem nr 3 do umowy. Informację należy przekazywać do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do 7 dnia marca i 7 dnia października.
7. Liczbę świadczeniobiorców, będących podopiecznymi DPS albo placówek socjaliza-

cyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, należy potwierdzać przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z nich; wzór informacji określa załącznikiem nr 4 do umowy. Informację, należy przekazywać do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach do dnia 7 stycznia i dnia 7 lipca każdego roku;

8. Na podstawie list świadczeniobiorców przekazywanych przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikuje listę/ty przekazaną/e przez Świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11.
9. Lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 7 jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz u Świadczeniodawcy kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
10. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie ostatniej deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.
11. W przypadku pozostawania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

§ 7.

W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz trzeci w danym roku kalendarzowym dokonuje wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o obowiązku wniesienia na rachunek Oddziału Funduszu opłaty w wysokości 80 zł oraz podaje numer tego rachunku.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania Funduszowi za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, informacji o zrealizowanych świadczeniach
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przedstawia w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w terminie 10 dni po upływie każdego okresu sprawozdawczego.
3. Zakres danych sprawozdawczanych obejmuje:
 - 1) dla zakresu: świadczenia lekarza poz:
 - a) numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - c) datę udzielenia świadczenia,
 - d) kod udzielonego świadczenia zgodnie z określoną dla świadczeń lekarza poz treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy,

- e) przyczynę główną udzielonej porady lekarskiej wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, jeśli jest wymagane, w tym dla porad udzielanych w związku z leczeniem osób przewlekle chorych na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia określone rozpoznaniem w **załączniku nr 6** do umowy,
 - f) dla świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia – informacje zgodne z wymogami SIMP w tym zakresie,
 - g) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń,
 - h) informację o liczbie wykonanych w okresie sprawozdawczym świadczeń wskazanych w załączniku nr 5 do umowy, w części dotyczącej lekarza poz, jako sprawozdawane komunikatem danych zbiorczych,
 - i) informację zbiorczą o liczbie wykonanych badań diagnostycznych, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 7** do umowy, z zastrzeżeniem § 10.
- 2) dla zakresu: świadczenia pielęgniarki poz:
- a) informację o liczbie wykonanych w okresie sprawozdawczym świadczeń wskazanych w załączniku nr 5 do umowy, w części dotyczącej świadczeń sprawozdawanych dla zakresu komunikatem danych zbiorczych,
 - b) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP:
 - numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - datę udzielenia świadczenia,
 - rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - c) dla świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy:
 - numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - datę udzielenia świadczenia,
 - informację o wyniku zrealizowanego świadczenia,
 - d) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy;
- 3) dla zakresu: świadczenia położnej poz:

- a) numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - c) datę udzielenia świadczenia,
 - d) kod udzielonego świadczenia zgodnie z treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy,
 - e) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP, także rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - f) informację o liczbie wykonanych w okresie sprawozdawczym świadczeń wskazanych w załączniku nr 5 do umowy - w części dotyczącej położnej poz, jako sprawozdawane komunikatem danych zbiorczych,
 - g) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy;
- 4) dla zakresu: świadczenia pielęgniarki szkolnej:
- a) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy,
 - b) informację zbiorczą o liczbie udzielonych świadczeń zgodnie z treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy, w części dotyczącej pielęgniarki szkolnej.

§ 9.

1. Raporty w wersji elektronicznej z wykonania świadczeń w POZ za poprzedni okres sprawozdawczy, określone w § 8, zgodnie z okodowaniem i wg formatu określonego dla poszczególnych świadczeń w załączniku nr 5 do umowy, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu do 10 dnia każdego miesiąca, z zastrzeżeniem § 10.
2. Dla świadczeń rozliczanych wg przyjętych umową cen jednostkowych przekazane raporty statystyczne stanowią podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy.

§ 10.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sporządzenia po upływie każdego półrocza, na podstawie specyfikacji do faktur za wykonane przez podwykonawców badania diagnostyczne lub na podstawie rejestru badań wykonywanych we własnym zakresie.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przedstawia w formie pisemnej i elektronicznej w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w terminie 25 dni po upływie każdego półrocza.
3. Świadczeniodawca udostępni każdorazowo na żądanie Oddziału Funduszu faktury oraz specyfikacje za wykonane przez podwykonawców badania diagnostyczne oraz rejestry badań wykonywanych we własnym zakresie.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 11.

1. Dla finansowania świadczeń lekarza poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 8,00 zł (*słownie: osiem złotych zero groszy*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 14 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) opłatę za poradę w wysokości 45,00 zł (*słownie: czterdzieści pięć złotych zero groszy*) udzieloną w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. b i c
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości 48,00 zł (*słownie: czterdzieści osiem złotych zero groszy*) udzielone w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
 - 4) opłatę za poradę w wysokości 20,00 zł (*słownie: dwadzieścia złotych zero groszy*) udzieloną w ramach kwalifikacji do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz.
2. Dla finansowania świadczeń pielęgniarki poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 2,02 zł (*słownie: dwa złote dwa grosze*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 18 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) opłatę za świadczenie w wysokości 12,00 zł (*słownie: dwanaście złotych zero groszy*) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 lit. b i c;
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości 4,00 zł (*słownie: cztery złote zero groszy*) udzielone przez pielęgniarkę poz w ramach profilaktyki gruźlicy.
3. Dla finansowania świadczeń położnej poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 1,13 zł (*słownie: jeden złoty trzynaście groszy*);
 - 2) opłatę za wizytę w wysokości 31,00 zł (*słownie: trzydzieści jeden złotych zero groszy*) udzieloną w edukacji przedporodowej,
 - 3) opłatę za wizytę w wysokości 26,00 zł (*słownie: dwadzieścia sześć złotych zero groszy*) zrealizowana w ramach wizyt patronażowych;
 - 4) opłatę za wizytę w wysokości 15,00 zł (*słownie: piętnaście złotych zero groszy*) udzieloną w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych,
 - 5) opłatę za świadczenie w wysokości 12,00 zł (*słownie: dwanaście złotych zero groszy*) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. e i f;
4. Na realizację świadczeń pielęgniarki szkolnej, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) Miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero złotych zero groszy*) z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z § 26 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero złotych zero groszy*) na realizację programu profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych, w szkołach objętych opieką przez świadczeniodawcę.
5. Świadczeniodawca wystawia Oddziałowi Funduszu, do 10 dnia miesiąca następującego

po miesiącu sprawozdawczym, rachunek z tytułu, o którym mowa w § 1 ust. 1, pkt 1-4, z zastrzeżeniem § 12.

§ 12.

Miesięczna stawka kapitacyjna lub opłata wskazana w § 11, dla której przyjęto wartość 0 zł (słownie: zero złotych) oznacza, że przedmiot umowy nie obejmuje realizacji świadczeń dla których jest ustalana.

§ 13.

1. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
nr rachunku: .63150018071218000388470000
2. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do umowy.

KARY UMOWNE

§ 14.

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. Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.
4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 15.

1. Kwoty określone w § 11 ust. 1 - 4, obowiązują w okresie od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16.

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

§ 17.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń

gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1139).

§ 18.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 19.

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

Wykaz załączników do umowy:

- Załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby
- Załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców
- Załącznik nr 3 – Wzór informacji o liczbie uczniów objętych opieką przez Świadczeniodawcę świadczeniami pielęgniarki szkolnej
- Załącznik nr 4 – Wzór informacji o liczbie podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz
- Załącznik nr 5 – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań statystycznych i statystyczno-rozliczeniowych z realizacji umowy
- Załącznik nr 6 – Wykaz rozpoznań ICD 10 kwalifikujący do stosowania współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza poz udzielanych osobom przewlekle chorym, z rozpoznąną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą i lub chorobą układu krążenia
- Załącznik nr 7 – Wzór sprawozdania statystycznego z wykonania badań diagnostycznych
- Załącznik nr 8 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Podpisy stron

.....
DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
Melko S.
lek. med. Andrzej Mielcarek
.....
Świadczeniodawca

DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tomasz Pękalski
.....
Tomasz Pękalski

Oddział Funduszu

SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL WOJEWÓDZKI
im. Papieża Jana Pawła II
22-400 Zamość, ul. Aleje Jana Pawła II 10
tel. 084-677-33-33, fax 084-638-66-69

SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W ZAMOŚCIU KANCLARIA	Data wpływu 1.8. STY. 2012
	Numer wpływu 069
	Dział

ANEKS NR 1/2012

**DO UMOWY Nr 03-00-00684-12-21 (03-10-01-00684-01)
O UDZIELANIE ŚWIADCZEN GWARANTOWANYCH
W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarty w Lublinie dnia 30-12-2011 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim w Lublinie
z siedzibą: **20-124 LUBLIN ul. SZKOLNA 16**, reprezentowanym przez **Krzysztofa Tuczapskiego**, zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II
W ZAMOŚCIU
22-400 ZAMOŚĆ
ALEJE JANA PAWŁA II 10**

(świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z zm.)

w ramach wykonywanej działalności przez

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II
W ZAMOŚCIU
22-400 ZAMOŚĆ
ALEJE JANA PAWŁA II 10**

(przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo inny podmiot udzielający świadczeń)

reprezentowanym przez **ANDRZEJ MIELCAREK**, zwanym dalej “Świadczeniodawcą”.

§ 1.

Wymieniona na wstępie umowa otrzymuje brzmienie określone poniżej:

9

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy są:

1) świadczenia lekarza poz, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:

- a) świadczenia lekarza poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 warunków zawierania umów,
- b) świadczenia lekarza poz – porady udzielane w stanach, o których mowa w § 9 ust. 5 warunków zawierania umów świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) świadczenia lekarza poz – porady udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
- d) świadczenia lekarza poz - świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,
- e) świadczenia lekarza poz - porady kwalifikacyjne do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz;

2) świadczenia pielęgniarki poz:

- a) świadczenia pielęgniarki poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 warunków zawierania umów,
- b) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane w stanach o których mowa w § 9 ust. 5 warunków zawierania umów świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz

- obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
 - d) świadczenia pielęgniarki poz - świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
- a) świadczenia położnej poz – kapitacja na podstawie zadeklarowanej populacji,
 - b) świadczenia położnej poz - świadczenia w edukacji przedporodowej,
 - c) świadczenia położnej poz – wizyty patronażowe,
 - d) świadczenia położnej poz - wizyty w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych,
 - e) świadczenia położnej poz – świadczenia udzielane w stanach o których mowa w § 9 ust. 5 warunków zawierania umów świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) świadczenia położnej w poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy);
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej w poz, w tym:
- a) świadczenia pielęgniarki szkolnej w poz – kapitacja według listy uczniów w poszczególnych typach szkół,
 - b) świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej – kapitacja według listy uczniów klas I-VI w szkołach objętych opieką;
- 5) transport sanitarny w poz, w tym:
- a) świadczenia transportu sanitarnego w poz – przewozy realizowane w ramach gotowości – kapitacja w obrębie populacji objętej opieką,
 - b) świadczenia transportu sanitarnego w poz - przewozy „dalekie” na odległość „tam i z powrotem” od 121 do 400 km,

- c) świadczenia transportu sanitarnego w poz – przewozy „dalekie” na odległość i z powrotem” powyżej 400 km;
2. Przepisy zawarte w ust. 1 dotyczą Świadczeniodawców tylko w zakresie określonym pozytywnie zweryfikowanym wnioskiem o zawarcie umowy. Pozostałe przepisy ulegają wykreśleniu przy zawieraniu umowy, a zdefiniowane przez nie zakresy nie są realizowane przez Świadczeniodawcę.
 3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
 4. Umowę zawarto na okres 3 lat, począwszy od dnia 01.01.2010. do dnia 31.12.2012.
 5. W okresie od dnia 01.01.2012 r. do dnia 31.12.2012 r. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych *zarządzeniem Nr 85/2011/DSOZ z dnia 17.11. 2011 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*, zwanym w umowie „*warunkami zawierania umów*”, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139, z późn. zm.), w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133), oraz w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, określonym odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń.
2. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy. Podwykonawca musi spełniać warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.

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.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
5. 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 wraz z ich harmonogramami pracy oraz sprzęt i wyposażenie, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Obowiązek zgłoszenia zmiany w harmonogramie pracy lekarza, pielęgniarki, położnej, o którym mowa w ust. 5, nie dotyczy przypadku, gdy zaistniała zmiana nie przekracza okresu 14 dni. Powyższe nie może spowodować przerwy w ciągłości realizacji umowy ani też wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla świadczeniobiorców objętych opieką.
7. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 5 i 6, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionego zarządzeniem Nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest zobowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 4.

1. W przypadku:
 - 1) zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz udzielania świadczeń u Świadczeniodawcy;

- 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę;
 - 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej Świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą
- Świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.
2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń.
 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających, do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, określonych warunkami zawierania umów. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.
 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, tego świadczeniodawcy do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, z zastrzeżeniem, że zmiana miejsca udzielania świadczeń następuje w obrębie administracyjnym gminy lub dzielnicy – w miastach, w których wyodrębniono jednostki pomocnicze.
 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeń udziela Świadczeniodawca udzielający świadczeń w dotychczasowym miejscu, pod warunkiem, że świadczenia udzielane są przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, do których deklarację wyboru złożył świadczeniobiorca.
 6. Kontrola danych zawartych w złożonych w deklaracjach prowadzona będzie przez Oddział Funduszu zgodnie z zasadami postępowania kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia.
 7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem lub zdarzeniem losowym) zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz realizujących umowy w ramach praktyk indywidualnych oraz zakładów opieki zdrowotnej, w których świadczenia realizowane są jednoosobowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - 1) zabezpieczenia świadczeniobiorcom zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa na okres nieobecności u innego świadczeniodawcy;

- 2) odpowiednio wczesnego powiadomienia świadczeniobiorców o zmianach wynikających z modyfikacji wprowadzonej w związku z pkt 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;
 - 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy oddział wojewódzki Funduszu.
8. W przypadku planowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez NFZ o takim zamiarze z wyprzedzeniem co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.
9. Z ważnych przyczyn, na podstawie przepisów art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) lekarz poz może odstąpić od leczenia świadczeniobiorcy, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz inny przypadek niecierpiący zwłoki.
10. W sytuacji opisanej w ust. 9 lekarz poz zobowiązany jest do:
- 1) uprzedzenia dostatecznie wcześniej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o podjętej decyzji i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub świadczeniodawcy poz;
 - 2) uzasadnienia i odnotowania faktu odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej i na egzemplarzu złożonej do niego deklaracji wyboru;
 - 3) zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy następujących informacji:
 - 1) w zakresach świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, odpowiednio do przedmiotu umowy:
 - a) informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy,

- c) informacji o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy poz;
- 2) w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej:
 - a) informacji o uczniach objętych przez Świadczeniodawcę opieką pielęgniarki szkolnej w szkołach, z którymi nawiązał współpracę, w formie list uczniów.
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy;
- 3) w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz – informacji o zrealizowanych przewozach.

§ 6

1. Informacje, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu w formie elektronicznej comiesięcznie, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (odpowiednio: komunikat XML typu: SWIAD „Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych” lub typu ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”, w terminie do 10 dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.
2. Informacje, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit. c, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu: ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”, w terminie do 25 lipca danego roku za okres I półrocza i do dnia 25 stycznia roku następnego za okres II półrocza okresu rozliczeniowego.
3. Wykazy świadczeń podlegających sprawozdawaniu przez Świadczeniodawcę odpowiednio do przedmiotu umowy, oraz typ komunikatu XML, którym informacja o zrealizowanych świadczeniach będzie przekazywana, określają **załączniki nr 3a, 3b oraz 3c** do umowy. Wykaz przyczyn głównych dla porad lekarskich udzielonych przez lekarza poz w związku z leczeniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia u osób przewlekle chorych na te schorzenia, określa **załącznik nr 6** do umowy.
4. Zakres danych przekazywanych o świadczeniach wykonanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, którym sprawozdawczość będzie realizowana, obejmuje dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, a ponadto:
 - 1) kod świadczenia nadany przez Fundusz;
 - 2) dla świadczeń udzielonych osobom spoza listy świadczeniobiorców danego

Świadczeniodawcy zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, zamieszkałym poza gminą własną i gminami sąsiadującymi z miejscem udzielania świadczeń, także kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, będący przyczyną zrealizowanego świadczenia;

- 3) dla udzielonych przez lekarza poz świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia – informacje zgodnie z wymogami SIMP;
 - 4) dla udzielonych przez pielęgniarkę poz świadczeń profilaktyki gruźlicy – informację o wyniku zrealizowanego świadczenia, zgodnie z kodami efektów określonymi w załączniku nr 3a do umowy;
2. W odniesieniu do świadczeń transportu sanitarnego w poz wymienionych w § 1 ust. 1 pkt 5 lit. b i c Świadczeniodawca będzie przedstawiał Oddziałowi Funduszu w formie pisemnej, comiesięcznie wraz z rachunkiem, specyfikację wykonanych przewozów, ze wskazaniem liczby przejechanych kilometrów odrębnie dla każdego z nich.

§ 7

1. Listy, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit a i pkt 2 lit a, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7 dnia każdego okresu sprawozdawczego.
2. Dane dotyczące liczby świadczeniobiorców na liście, będących podopiecznymi DPS albo placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, będą potwierdzane przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, w terminach do dnia 7 stycznia i dnia 7 lipca, pisemną informacją sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym **załącznikiem nr 4** do umowy;
3. Dane dotyczące liczby uczniów na liście potwierdzane będą przynajmniej w marcu i październiku, w terminach do dnia 7 marca i dnia 7 października, podpisaną przez dyrektora szkoły pisemną informacją sporządzoną odrębnie dla każdej szkoły zgodnie z **załącznikiem nr 5** do umowy.
4. Na podstawie list świadczeniobiorców przekazywanych przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikuje listę przekazaną przez Świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez Świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 5

i 6.

5. Lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 4 jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
6. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie ostatniej deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.
7. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

§ 8.

W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz trzeci i każdy kolejny w danym roku kalendarzowym dokonuje wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o obowiązku dokonania z tego tytułu na rzecz właściwego Oddziału Funduszu wpłaty w wysokości 80 zł.

§ 9.

W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w § 6 ust. 1 oraz § 7 ust. 1 i 3 lub zmian w zakresie danych wymagalnych, właściwy Oddział Funduszu powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 10.

1. Dla finansowania świadczeń lekarza poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **8,00 zł** (słownie: **osiem zł**) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) opłatę za poradę w wysokości **45,00 zł** (słownie: **czterdzieści pięć zł**) udzieloną w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. b i c
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości **48,00 zł** (słownie: **czterdzieści osiem zł**) udzielone w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
 - 4) opłatę za poradę w wysokości **20,00 zł** (słownie: **dwadzieścia zł**) udzieloną w ramach kwalifikacji do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz.

Dla finansowania świadczeń pielęgniarki poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:

- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **2,22 zł** (słownie: **dwa zł, 22/100**) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) opłatę za świadczenie w wysokości **12,00 zł** (słownie: **dwanaście zł**) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 lit. b i c;
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości **4,00 zł** (słownie: **cztery zł**) udzielone przez pielęgniarkę poz w ramach profilaktyki gruźlicy.
3. Dla finansowania świadczeń położnej poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**);
 - 2) opłatę za wizytę w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) udzieloną w edukacji przedporodowej,
 - 3) opłatę za wizytę w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) zrealizowana w ramach wizyt patronażowych;
 - 4) opłatę za wizytę w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) udzieloną w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych,
 - 5) opłatę za świadczenie w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. e i f;
4. Na realizację świadczeń pielęgniarki szkolnej, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z § 27 ust. 2 warunków zawierania umów;
 - 2) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) na realizację programu profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych, w szkołach objętych opieką przez świadczeniodawcę.
5. Na realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) w odniesieniu do realizacji przewozów w ramach gotowości;
 - 2) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość „tam i z powrotem” od 121 km do 400 km;
 - 3) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości **0,00 zł** (słownie: **zero zł**) powiększoną o iloczyn liczby przejechanych kilometrów ponad dystans 400 km i opłaty za kilometr ustalonej na **0,00 zł** (słownie: **zero zł**), w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość „tam i z powrotem” wynoszącą powyżej 400 km.



Miesięczna stawka kapitacyjna lub opłata wskazana w § 10, dla której przyjęto wartość (słownie: zero złotych) oznacza, że przedmiot umowy nie obejmuje realizacji świadczeń dla których stawka jest ustalana.

§ 12.

1. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
nr rachunku: **61124028161111001039013524**
2. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 7** do umowy.

KARY UMOWNE

§ 13.

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. Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.
4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 14.

1. Kwoty określone w § 10, obowiązują w okresie od dnia 01.01.2012 r. do dnia 31.12.2012 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy

szeczne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 16.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 17.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 18.

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

Wykaz załączników do umowy:

Załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 3a – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz sprawozdawanych komunikatem XML typu „SWIAD” albo – w przypadku świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia – w systemie informatycznym monitorowania profilaktyki (SIMP)

Załącznik nr 3b – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, transportu sanitarnego w poz, sprawozdawanych komunikatem XML typu „ZBPOZ”

Załącznik nr 3c – Wykaz badań diagnostycznych wykonanych w POZ obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, sprawozdawany komunikatem XML typu „ZBPOZ”

Załącznik nr 4 – Wzór informacji o liczbie podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz

Załącznik nr 5 – Wzór informacji o liczbie uczniów objętych opieką przez Świadczeniodawcę świadczeniami pielęgniarki szkolnej

Załącznik nr 6 – Wykaz przyczyn udzielonych porad lekarskich wg klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do stosowania współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza poz dla osób przewlekle


chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą i/lub
układu krążenia

Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Podpisy stron

.....

.....
SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL WOJEWÓDZKI
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
Swiadczeniodawca
Lk. med. Andrzej Mielcarek

.....
DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
.....

Krzysztof Tuczapski
Oddział Funduszu

SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL WOJEWÓDZKI
im. Papieża Jana Pawła II
22-400 Zamość, ul. Aleje Jana Pawła II 10
tel. 084-677-33-33, fax 084-638-66-69