

2) ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", na podstawie 159 ust 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej "zarządzeniem".

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z "Harmonogramem-zasoby" stanowiącym załącznik nr 2 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 3 do umowy. Podwykonawca obowiązany jest spełniać warunki określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Świadczeniodawca obowiązany 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, higienistki szkolnej, 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, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

§ 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 obowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.

2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 przez 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 obowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, określonych w zarządzeniu. Złożone uprzednio deklaracje zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, lub wyboru nowego Świadczeniodawcy.

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. Fundusz jest uprawniony do sprawdzenia danych zawartych w złożonych deklaracjach.

7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem, zdarzeniem losowym lub szkoleniem w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych mających zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej) zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz realizujących umowy, jako podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm), w których świadczenia udzielane 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 przez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;
- 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy Oddział Funduszu.

8. W przypadku wykonywania przez Fundusz planowej kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, zastosowanie mają w szczególności przepisy art. 61d oraz 61g ust. 1 ustawy o świadczeniach.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia i przekazywania danych celem rozliczenia realizacji umowy zgodnie z zarządzeniem.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 6. 1. Dla finansowania świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki lub higienistki szkolnej, transportu sanitarnego w poz, koordynacji opieki – zadań koordynatora, ustala się sposób finansowania zgodny z załącznikiem nr 1 do umowy z zastrzeżeniem ust. 2-4.

2. Dla świadczeń finansowanych stawką kapitacyjną stosuje się współczynniki korygujące dla grup świadczeniobiorców, o których mowa w zarządzeniu.

3. Dla świadczeń o których mowa w § 16 ust. 4d Ogólnych warunków umów, ustala się współczynnik korygujący, wyrażony kwotowo zgodny z załącznikiem nr 1 do umowy.

§ 7. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

§ 8. 1. Kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 159 ust. 2c ustawy o świadczeniach, oraz okres rozliczeniowy na który została ustalona, określa plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

2. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, wypłacana będzie przez Oddział Funduszu na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:

nr rachunku:.....

którego posiadaczem jest

3. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 2, 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 4 do umowy.

KARY UMOWNE

§ 9. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku nieprzeznaczenia przez świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 7 Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 10. 1. Umowę zawarto na okres: od do

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, z zastrzeżeniem § 42 ust. 5 Ogólnych warunków umów.

3. Każdorazowa zmiana postanowień umowy wymaga zgodnego oświadczenia woli stron tej umowy.

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

§ 11. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz przepisy rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 5.

§ 12. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

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

Wykaz załączników do umowy

Załącznik nr 1 – Plan rzeczowo-finansowy

Załącznik nr 2 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 3 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 4 - Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

Podpisy stron

.....
.....

Fundusz

.....
.....

Świadczeniodawca

Plan rzeczowo - finansowy

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy rodzaj świadczeń: Podstawowa Opieka Zdrowotna wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
Okres rozliczeniowy od..... do.....**								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
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 zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca						TERYT			
						Styczeń	Luty	Marzec	
						Kwiecień	Maj	Czerwiec	
						Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
						Październik	Listopad	Grudzień	

data sporządzenia

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM-ZASOBY

rodzaj świadczeń: Podstawowa opieka zdrowotna

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu								
I. Miejsce udzielania świadczeń												
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)				VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń												
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)		Status **		
III. Personel												
Id osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status **
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny (d)		Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **	
V. Pojazdy***												
Id pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)					Nr rejestracyjny (c)	Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status**		

Fundusz****

Świadczeniodawca*****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

***wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna**

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

*(źródło – Portal Świadczeniodawcy)***Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem