**02/01/AOS/2020**

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

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

zawarta w ......................................................., dnia ............................................. roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia -** …………............................................... **Oddziałem Wojewódzkim w** ........................................................................................................... z siedzibą: ................................................................................................. (ADRES), reprezentowanym przez

……………………………................................................., zwanym dalej **„Oddziałem Funduszu”**

**a**

………............................................................................................................................................ ,

***(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.)***

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

………………………………………………………………………………………………………………..

PRZEDMIOT UMOWY

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

c) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

d) ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

**§ 2.**

* 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

1. przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
2. zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
   1. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram - zasoby”.
   2. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
   3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 1 lit. b-d, przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.
   4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
   5. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem” do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
   6. 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.
   7. 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, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
   8. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.
   9. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
   10. Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym realizatora świadczeń na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, według wzoru określonego w załączniku nr 3 do szczegółowych warunków umów.
   11. Tablica, o której mowa w ust. 11, umieszczana jest w bezpośrednim sąsiedztwie ze znakiem graficznym Funduszu.

**§ 3.**

Świadczeniodawca jest obowiązany 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 o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

**§ 4.**

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia ………. r. do dnia ……….. r. wynosi maksymalnie………….......zł (*słownie*: ......……………………………….……zł).
2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą realizację postanowień określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w wysokości…………………..zł (*słownie*:…………………….).
3. Środki, o których mowa w ust. 2 przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz.U. poz. 1628) .
4. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, tj. na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.
5. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
6. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: ………………………………….………………………. nr…………………………………………………………………………………................................

1. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.
2. W załączniku nr 1 do umowy, w zakresie położnictwa i ginekologii wyodrębnia się dla skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym załącznik nr 5b część 1 do szczegółowych warunków umów, wykonywanych w poradniach realizujących świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii.
3. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych,:

1) w zakresach nefrologii oraz nefrologii dla dzieci, wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000064 oraz 5.05.00.0000079, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym załącznik nr 5b część 1 do szczegółowych warunków umów;

1. w zakresach:
2. gastroenterologii,
3. położnictwa i ginekologii,
4. chirurgii ogólnej,
5. chirurgii dziecięcej,
6. proktologii,
7. chirurgii onkologicznej,
8. ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
9. ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
10. okulistyki,
11. otolaryngologii,
12. chirurgii szczękowo-twarzowej,
13. urologii

- wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się na literę Z, wyszczególnionych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 5a do szczegółowych warunków umów.

1. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:
   1. endokrynologii;
   2. endokrynologii dla dzieci;
   3. gastroenterologii;
   4. gastroenterologii dla dzieci;
   5. hepatologii;
   6. hematologii;
   7. onkologii i hematologii dziecięcej;
   8. nefrologii;
   9. nefrologii dla dzieci;
   10. dermatologii i wenerologii;
   11. neurologii;
   12. neurologii dziecięcej;
   13. onkologii;
   14. gruźlicy i chorób płuc;
   15. gruźlicy i chorób płuc dla dzieci;
   16. położnictwa i ginekologii;
   17. ginekologii dla dziewcząt;
   18. chirurgii ogólnej;
   19. chirurgii dziecięcej;
   20. proktologii;
   21. chirurgii klatki piersiowej;
   22. chirurgii onkologicznej;
   23. chirurgii onkologicznej dla dzieci;
   24. neurochirurgii;
   25. neurochirurgii dla dzieci;,
   26. ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
   27. okulistyki;
   28. okulistyki dla dzieci;
   29. otolaryngologii;
   30. otolaryngologii dziecięcej;
   31. audiologii i foniatrii;
   32. chirurgii szczękowo-twarzowej;
   33. urologii;
   34. urologii dziecięcej

- wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację diagnostyki onkologicznej w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiącego załącznik nr 5c do szczegółowych warunków umów.

1. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:
   1. chorób metabolicznych;
   2. alergologii;
   3. alergologii dla dzieci;
   4. diabetologii;
   5. diabetologii dla dzieci;
   6. endokrynologii;
   7. endokrynologii dla dzieci;
   8. gastroenterologii;
   9. gastroenterologii dla dzieci;
   10. hepatologii;
   11. geriatrii;
   12. hematologii;
   13. onkologii i hematologii dziecięcej;
   14. immunologii;
   15. kardiologii;
   16. kardiologii dziecięcej;
   17. leczenia chorób naczyń;
   18. nefrologii;
   19. nefrologii dla dzieci;
   20. toksykologii;
   21. dermatologii i wenerologii;
   22. genetyki;
   23. neurologii;
   24. neurologii dziecięcej;
   25. leczenia bólu;
   26. onkologii;
   27. gruźlicy i chorób płuc;
   28. gruźlicy i chorób płuc dla dzieci;
   29. reumatologii;
   30. reumatologii dla dzieci;
   31. chorób zakaźnych;
   32. chorób zakaźnych dla dzieci;
   33. leczenia AIDS;
   34. neonatologii;
   35. leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży;
   36. leczenia osteoporozy;
   37. audiologii i foniatrii;
   38. leczenia mukowiscydozy;
   39. rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci;
   40. leczenia zeza

- wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5 w ramach Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącego załącznik nr 5a do szczegółowych warunków umów.

1. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:
   1. chirurgii dziecięcej;
   2. ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
   3. ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci;
   4. okulistyki;
   5. okulistyki dla dzieci

- wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) realizowanych na warunkach określonych w zarządzeniu.

1. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:
   1. diabetologii;
   2. kardiologii;
   3. położnictwa i ginekologii;
   4. chirurgii ogólnej

- wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub położnej rozliczanej z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w załączniku nr 5a do zarządzenia.

1. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 8 i 10, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań w skojarzonych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
2. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
3. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).
4. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

**§ 5**.

Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym   
w szczególności następujących danych:

1. rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
2. procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych   
   (ICD-9)

- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

**§ 6.**

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 osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz 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. 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 2019 r. poz. 784, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, 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 niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w  wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. W przypadku nieprzekazania przez Świadczeniodawcę informacji stanowiących podstawę określenia wysokości środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, Fundusz nakłada karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
6. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, dedykowanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, tj. wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.
7. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 6, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

**§ 7.**

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

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

**§ 8.**

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

**§ 9.**

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów .

**§ 10.**

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

**§ 11.**

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

Wykaz załączników do umowy:

1. **Załącznik nr 1 do umowy** –Plan rzeczowo-finansowy;
2. **Załącznik nr 2 do umowy** –Harmonogram-zasoby;
3. **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
4. **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

**PODPISY STRON**

............................................................ ............................................................

............................................................ ............................................................

# Oddział Funduszu Świadczeniodawca