**02/01/AOS/…..**

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

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

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

**Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** …………………………………………… (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) **–** ………………………………………… (wskazanie stanowiska) .…………………………… (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą** **w** ....................................................................... ……………………………………………………………………………………………………….(adres),

na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw[[1]](#footnote-1) nr………....... z dnia……………/ i nr ......... z dnia…........../, zwanym dalej **„Funduszem”**

**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. 2021 r. poz. 1285, 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:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

* w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
* w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
* w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym 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 świadczeń 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 ust. 2 pkt 1 lit. b, 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 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 wojewódzkiego 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
   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, w okresie realizacji umowy, 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 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 środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.
3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z  określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.
4. 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.
5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

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

1. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio 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.
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. ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
   36. ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
   37. leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
   38. leczenia osteoporozy,
   39. audiologii i foniatrii,
   40. leczenia mukowiscydozy,
   41. rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci,
   42. 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 oraz o kodzie rozpoczynającym się PS w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych stanowiącego załącznik nr 5e 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 szczegółowych warunków umów.

1. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w:
2. ust. 7,
3. ust. 8 pkt 2 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
4. ust. 9,
5. ust. 10 – w przypadku: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
6. ust. 11 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu

- przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w skojarzonych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

1. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń w zakresach:
2. alergologii dla dzieci,
3. diabetologii dla dzieci,
4. endokrynologii dla dzieci,
5. gastroenterologii dla dzieci,
6. onkologii i hematologii dziecięcej,
7. kardiologii dziecięcej,
8. nefrologii dla dzieci,
9. neurologii dziecięcej,
10. gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
11. reumatologii dla dzieci,
12. chorób zakaźnych dla dzieci,
13. neonatologii,
14. ginekologii dla dziewcząt,
15. chirurgii dziecięcej,
16. chirurgii onkologicznej dla dzieci,
17. neurochirurgii dla dzieci,
18. ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
19. leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
20. preluksacji,
21. okulistyki dla dzieci,
22. otolaryngologii dziecięcej,
23. urologii dziecięcej,
24. rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci,
25. pediatrii

- oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

1. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach niededykowanych dzieciom oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
2. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 13 - 15, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
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. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
5. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia 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. 2021 poz. 523, 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 w 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 nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z  ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.
6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

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 siedziby oddziału wojewódzkiego 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**

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

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

# Narodowy Fundusz Zdrowia Świadczeniodawca

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)