

11/SOK/2011

UMOWA Nr 16-00-00742-11-13/11-11-06

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE  
ODRĘBNI**

zawarta w Szczecinie, dnia 03 stycznia 2011 roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w Szczecinie**  
z siedzibą: 71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45, reprezentowanym przez **Julitę Jaśkiewicz - Dyrektora**  
**Oddziału**, zwanym dalej "Oddziałem Funduszu"

a

|  |   |
|--|---|
| Strona umowy                                       | SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ |
| Nazwa jednostki udzielającej świadczeń             | SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY                              |
| Imię i nazwisko osoby reprezentującej stronę umowy | MARIUSZ PIETRZAK  |
| Forma organizacyjna świadczeniodawcy               | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                  |
| Adres siedziby                                     | 71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4  |
| Adres do korespondencji                            | 71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4  |
| NIP  | 851-25-37-954   |
| REGON  | 000290274   |

zwanym dalej Świadczeniodawcą".

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 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 późn. zm.), zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142) oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej 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”.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 – „Harmonogram - zasoby”.
3. 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.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. 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.
8. 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.
9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8, 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.

### § 3.

1. Na okres obowiązywania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1, określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., Nr 3, poz. 10).

## WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

### § 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2011r. do dnia 31.12.2011r. wynosi maksymalnie: 5 565 803,40 zł (słownie: pięć mln pięćset sześćdziesiąt pięć tys osiemset trzy zł czterdzieści gr).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresach rozliczeniowych, o których mowa w ust. 1 określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr: 60105015591000002341796064.
4. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, 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.
5. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi Ogólnych warunkach umów.
6. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

#### § 5.

1. W przypadku realizacji świadczeń w zakresie hemodializoterapia oraz dializoterapia otrzewnowa Świadczeniodawca przekazuje Oddziałowi Funduszu informacje, zawierające w szczególności:
  - 1) datę podania preparatu stymulującego erytropoezę;
  - 2) stężenie hemoglobiny we krwi;
  - 3) nazwę preparatu stymulującego erytropoezę;
  - 4) dawkę preparatu stymulującego erytropoezę.
2. Świadczeniodawca jest zobowiązany 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, Dyrektor Oddział 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. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze finansowane w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
5. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

## OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

### § 7.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku.
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 przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

### § 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

DYREKTOR  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

.....  
Jadwiga Jaszkiewicz  
Oddział Funduszu

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

dr n. med. Mariusz Pietrzak

.....  
Świadczeniodawca

wersja: 00

Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ

Nazwa świadczeniodawcy

160000742

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY

Okres rozliczeniowy od 2011-01-01 do 2011-12-31

| Pozycja  | Podstawa*                              | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń          | Kod miejsca udziel. świadczeń | Jednostka rozlicz.  | Liczba jednostek rozlicz. | Cena jednostki rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|--|--|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------|--------------|
| 1  | 16-11-001483/SOK/11/1/11.4132.001.02/1 | 11.4132.001.02        | DIALIZOTERAPIA OTRZEWNOWA | 13940                         | PUNKT ROZLICZENIOWY | 21 717,0000               | 12,20                        | 264 947,40   |
| 2  | 16-11-001484/SOK/11/1/11.4132.002.12/1 | 11.4132.002.12        | HEMODIALIZOTERAPIA        | 13940                         | ŚWIADCZENIE         | 12 804,0000               | 414,00                       | 5 300 856,00 |
| Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |                       |                           |                               |                     |                           |                              | 5 565 803,40 |

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         | 463 917,60   | Luty            | 463 807,80   | Marzec          | 463 807,80   | Kwiecień        | 463 807,80   |
|               | Maj             | 463 807,80   | Czerwiec        | 463 807,80   | Lipiec          | 463 807,80   | Sierpień        | 463 807,80   |
|               | Wrzesień        | 463 807,80   | Październik     | 463 807,80   | Listopad        | 463 807,80   | Grudzień        | 463 807,80   |

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

| Pozycja       | 1     | Kod zakresu   | 11.4132.001.02 | Nazwa zakresu | DIALIZOTERAPIA OTRZEWNOWA      |              |              |  |
|---------------|-------|---------------|----------------|---------------|--------------------------------|--------------|--------------|--|
| Kod miejsca   | 13940 | Nazwa miejsca |                |               | 71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 |              |              |  |
| Adres miejsca |       |               |                |               | TERYT 3262011                  |              |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Styczeń       |                                | Luty         |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1818* 12,20   |                                | 1809* 12,20  |              |  |
|               |       |               |                | 22 179,60     |                                | 22 069,80    |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Kwiecień      |                                | Maj          |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1809* 12,20   |                                | 1809* 12,20  |              |  |
|               |       |               |                | 22 069,80     |                                | 22 069,80    |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Lipiec        |                                | Sierpień     |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1809* 12,20   |                                | 1809* 12,20  |              |  |
|               |       |               |                | 22 069,80     |                                | 22 069,80    |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Październik   |                                | Listopad     |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1809* 12,20   |                                | 1809* 12,20  |              |  |
|               |       |               |                | 22 069,80     |                                | 22 069,80    |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                |               |                                |              | Grudzień     |  |
| wartość       |       |               |                |               |                                |              | 1809* 12,20  |  |
|               |       |               |                |               |                                |              | 22 069,80    |  |
| Pozycja       | 2     | Kod zakresu   | 11.4132.002.12 | Nazwa zakresu | HEMODIALIZOTERAPIA             |              |              |  |
| Kod miejsca   | 13940 | Nazwa miejsca |                |               | 71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 |              |              |  |
| Adres miejsca |       |               |                |               | TERYT 3262011                  |              |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Styczeń       |                                | Luty         |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1067* 414,00  |                                | 1067* 414,00 |              |  |
|               |       |               |                | 441 738,00    |                                | 441 738,00   |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Kwiecień      |                                | Maj          |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1067* 414,00  |                                | 1067* 414,00 |              |  |
|               |       |               |                | 441 738,00    |                                | 441 738,00   |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Lipiec        |                                | Sierpień     |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1067* 414,00  |                                | 1067* 414,00 |              |  |
|               |       |               |                | 441 738,00    |                                | 441 738,00   |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                | Październik   |                                | Listopad     |              |  |
| wartość       |       |               |                | 1067* 414,00  |                                | 1067* 414,00 |              |  |
|               |       |               |                | 441 738,00    |                                | 441 738,00   |              |  |
| liczba*cena   |       |               |                |               |                                |              | Grudzień     |  |
| wartość       |       |               |                |               |                                |              | 1067* 414,00 |  |
|               |       |               |                |               |                                |              | 441 738,00   |  |

śnienie czynności formaino - prawnej na podstawie, której została utworzona pozycja umowy

Data sporządzenia:  
03-01-2011

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

z up. Dyrektora  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych  
Dariusz Ruczyński

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
dr n. med. Mariusz Pietrzak

