

Aneks nr 3/11/2017
do umowy nr 124/100443/11/2017
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI

zawarty w Katowicach dnia 18.05.2017 roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach
z siedzibą w Katowicach, ul. Kossutha 13, reprezentowanym przez
Jerzego Szafranowicza – Dyrektora
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
nr 3 w Rybniku
44200, Rybnik, ul. Energetyków 46
NIP: 6422585351
REGON: 272780323

(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”),
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”
reprezentowanym przez

..... Robert Moko - Przewodniczący - Dyrektor

Na podstawie decyzji Dyrektora „Oddziału Funduszu” w sprawie renegotjacji umów
w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI podjętej
na podstawie postanowień § 43 Ogólnych Warunków Umów,

§ 1

1. Strony zgodnie oświadczają, że zmianie ulega załącznik nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-finansowy”, który otrzymuje brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszego aneksu oraz oznaczenie: załącznik nr 1 do umowy 124/100443/11/2017 z datą sporządzenia 2017-05-16.

§ 2

Z uwagi na postanowienia § 1, Strony zgodnie ustaliły, co następuje:

1. § 1 ust. 1 umowy otrzymuje brzmienie:

„1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy 124/100443/11/2017 z datą sporządzenia 2017-05-16.”

2. § 4 ust. 1, ust. 5 umowy otrzymuje brzmienie:

- „1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 30 czerwca 2017 r. wynosi maksymalnie **2 794 999,50 zł**
(słownie: **dwa miliony siedemset dziewięćdziesiąt cztery tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć zł pięćdziesiąt gr.**)”
- „5. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy 124/100443/11/2017 z datą sporządzenia 2017-05-16.”



§ 3

Integralną część niniejszego aneksu oraz umowy stanowi załącznik nr 1 do umowy 124/100443/11/2017 z datą sporządzenia 2017-05-16.

§ 4

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania i wiąże strony poczynwszy od 1 stycznia 2017 r. przy czym zakres szczegółowy przedstawia załącznik nr 1 do umowy 124/100443/11/2017 z datą sporządzenia 2017-05-16.

§ 5

Pozostałe postanowienia umowy nie ulegają zmianie.

§ 6

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

§ 7

W sprawach nieuregulowanych aneksem zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrówia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DS. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH

PODPISY STRON

Ewa Kozłowska

.....
Oddział Funduszu

Świadczeniiodawca
Bożena Mojsa Dziechciarz

DYREKTOR

Bożena Mojsa Dziechciarz

.....
Świadczeniiodawca

| PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 124/100443/11/2017 | | | | | | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 3 OW NFZ | | |
|--|-----------------|-----------------------|---|----------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|--------------|
| Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE | | | | | | wersja 3 | | |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ | | | | | | 124/100443 | | |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy | | | | | | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku | | |
| Okres rozliczeniowy od 2017-01-01 do 2017-06-30 | | | | | | | | |
| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
| 2 | 1230158 | 11.4132.002.12 - 1 | HEMODIALIZOTERAPIA | 156522 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 235 113,00 | 11,50 | 2 703 799,50 |
| 1 | | 11.9996.002.02 - 1 | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO OWU ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE | | PUNKT ROZLICZENIOWY | 114,00 | 800,00 | 91 200,00 |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) | | | | | | | | 2 794 999,50 |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje | | | | | | | | |
| Razem pozycje | Okres sprawozd. | | Wartość (zł) | Okres sprawozd. | | Wartość (zł) | Okres sprawozd. | |
| | Styczeń | | 457 076,00 | Luty | | 457 076,00 | Marzec | |
| | Maj | | 457 076,00 | Czerwiec | | 457 076,00 | Lipiec | |
| | Wrzesień | | | Październik | | | Listopad | |
| | | | | | | | Grudzień | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|--|--|
| Pozycja | 2 | Kod zakresu | 11.4132.002.12 - 1 | Nazwa zakresu | HEMODIALIZOTERAPIA | | |
| Kod miejsca | 156522 | Nazwa miejsca | STACJA DIALIZ | | | | |
| miejsca | Rybnik, Energetyków 46, 44-200 Rybnik | | | TERYT | 2473011 | | |
| | Iczba * cena | Styczeń | Luty | Marzec | | | |
| | wartość | 38424,00 * 11,50 | 38424,00 * 11,50 | 38424,00 * 11,50 | | | |
| | | 441 876,00 | 441 876,00 | 441 876,00 | | | |
| | Iczba * cena | Kwiecień | Maj | Czerwiec | | | |
| | wartość | 42993,00 * 11,50 | 38424,00 * 11,50 | 38424,00 * 11,50 | | | |
| | | 494 419,50 | 441 876,00 | 441 876,00 | | | |
| | Iczba * cena | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | | | |
| | wartość | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Iczba * cena | Październik | Listopad | Grudzień | | | |
| | wartość | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Razem | LICZBA | 235 113,00 | | | | |
| | | WARTOŚĆ (zł) | 2 703 799,50 | | | | |

| Pozycja | 1 | Kod zakresu | 11.9996.002.02 - 1 | Nazwa zakresu | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO OWU ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE | | | | |
|---------------|---|---------------|--------------------|----------------|---|----------------|--|-------|--|
| Kod miejsca | | Nazwa miejsca | | | | | | | |
| Adres miejsca | | | | | | | | TERYT | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec | | | |
| Iczba * cena | | | | 19,00 * 800,00 | 19,00 * 800,00 | 19,00 * 800,00 | | | |
| wartość | | | | 15 200,00 | 15 200,00 | 15 200,00 | | | |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec | | | |
| Iczba * cena | | | | 19,00 * 800,00 | 19,00 * 800,00 | 19,00 * 800,00 | | | |
| wartość | | | | 15 200,00 | 15 200,00 | 15 200,00 | | | |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | | | |
| Iczba * cena | | | | | | | | | |
| wartość | | | | | | | | | |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień | | | |
| Iczba * cena | | | | | | | | | |
| wartość | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Razem | | | | LICZBA | 114,00 | | | | |
| | | | | WARTOŚĆ (zł) | 91 200,00 | | | | |

data sporządzenia

2017-05-16

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DS. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH

podpis i pieczęć Dyrektora OW

Ewa Kąkaba

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

DYREKTOR

Bożena Kozłowska

Aneks nr 1/11/2017
do umowy nr 124/100443/11/2016
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI

zawarty w Katowicach dnia04.01.2017..... roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach
z siedzibą w Katowicach, ul. Kossutha 13, reprezentowanym przez
Jerzego Szafranowicza – Dyrektora,
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3
w Rybniku**

44200 Rybnik, ul. Energetyków 46

NIP: 6422585351

REGON: 272780323

*(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”),
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”
reprezentowanym przez*

.....*BOŻENA MOCHA - DZIEŁUCHIARZ - DYREKTORA*.....

Działając na podstawie § 32 ust. 1 i ust. 4 oraz § 39 Ogólnych Warunków Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016, poz. 1146),

uwzględniając postanowienia Propozycji Planu Rzeczowo-Finansowego z dnia 24.11.2016 r. obejmującej okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 r., stanowiącej integralną część niniejszej umowy, oraz pisma Oddziału Funduszu WSOZ-I.600.8.2016 WSOZ-I.W.2606.2016 z dnia 31 października 2016 r.,

na podstawie Zarządzenia nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,

oraz

Zarządzenia nr 79/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów,

zmienionego Zarządzeniem nr 89/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 sierpnia 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania (...),

Strony zawierają aneks do umowy nr 124/100443/11/2016 zwanej dalej „Umową”, o następującej treści:

§ 1

Zmianie ulegają następujące postanowienia umowy nr 124/100443/11/2016:

1. Numer Umowy zostaje zmieniony na następujący: **124/100443/11/2017**.
2. Na rok 2017 wznowia się numerację wszystkich załączników do Umowy.

§ 2
Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać Umowę zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, w tym w Zarządzeniu nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r., oraz

zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa Funduszu realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU (Dz. U. z 2015, poz. 1628), tj. w Zarządzeniu nr 79/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lipca 2016 r., zmienionym Zarządzeniem nr 89/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 sierpnia 2016 r. Zarządzenia Prezesa NFZ są publikowane i dostępne na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia www.nfz.gov.pl i swiadczeniodawca.nfz.gov.pl, że zapoznał się z ich treścią.

§ 3
Mając na uwadze funkcjonalność systemu informatycznego obsługującego Portal Świadczeniodawcy oraz wynikający z obowiązujących przepisów zakres danych Świadczeniodawcy objętych księgą rejestrową podmiotu leczniczego, Fundusz oświadcza, że wygenerowane przez system dane dotyczące jednostek organizacyjnych Świadczeniodawcy są obojętne z punktu widzenia realizacji umowy.

§ 4
Załącznik do niniejszego aneksu stanowi jednolite brzmienie Umowy, o której mowa w § 1.

§ 5
Aneks wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

§ 6
Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

§ 7

W sprawach niewyregulowanych aneksem zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

PODPISY STRON

Oddział Funduszu

Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia
NACZELNIK
Wydziału ds. Stosunków z Podmiotami
Zapewniającym Usługi

Świadczeniodawca

Aneks nr 1/11/2017
do umowy nr 124/100443/11/2016
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI

zawarty w Katowicach dnia04.01.2017..... roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach
z siedzibą w Katowicach, ul. Kossutha 13, reprezentowanym przez
Jerzego Szafranowicza – Dyrektora,
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3
w Rybniku**

44200 Rybnik, ul. Energetyków 46

NIP: 6422585351

REGON: 272780323

(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”
reprezentowanym przez

.....*BOŻENA MOCHA - DZIEŁACIARZ - DYREKTORA*.....

Działając na podstawie § 32 ust. 1 i ust. 4 oraz § 39 Ogólnych Warunków Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016, poz. 1146),

uwzględniając postanowienia Propozycji Planu Rzeczowo-Finansowego z dnia 24.11.2016 r. obejmującej okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 r., stanowiącej integralną część niniejszej umowy, oraz pisma Oddziału Funduszu WSOZ-I.600.8.2016 WSOZ-I.W.2606.2016 z dnia 31 października 2016 r.,

na podstawie Zarządzenia nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,

oraz

Zarządzenia nr 79/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów,

zmienionego Zarządzeniem nr 89/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 sierpnia 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania (...),

Strony zawierają aneks do umowy nr 124/100443/11/2016 zwanej dalej „Umową”, o następującej treści:

§ 1

Zmianie ulegają następujące postanowienia umowy nr 124/100443/11/2016:

1. Numer Umowy zostaje zmieniony na następujący: **124/100443/11/2017**.
2. Na rok 2017 wznawia się numerację wszystkich załączników do Umowy.

§ 2

Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać *Umowę* zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, w tym w Zarządzeniu nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r., oraz

zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa Funduszu realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU (Dz. U. z 2015, poz. 1628), tj. w Zarządzeniu nr 79/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lipca 2016 r., zmienionym Zarządzeniem nr 89/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 sierpnia 2016 r. Zarządzenia Prezesa NFZ są publikowane i dostępne na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia www.nfz.gov.pl i Świadczeniodawca oświadcza, że zapoznał się z ich treścią.

§ 3

Mając na uwadze funkcjonalność systemu informatycznego obsługującego Portal Świadczeniodawcy oraz wynikający z obowiązujących przepisów zakres danych Świadczeniodawcy objętych księgą rejestrową podmiotu leczniczego, Fundusz oświadcza, że wygenerowane przez system dane dotyczące jednostek organizacyjnych Świadczeniodawcy są obojętne z punktu widzenia realizacji umowy.

§ 4

Załącznik do niniejszego aneksu stanowi jednolite brzmienie *Umowy*, o której mowa w § 1.

§ 5

Aneks wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

§ 6

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

§ 7

W sprawach nieuregulowanych aneksem zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Województwa
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
DZIAŁALNOŚĆ
Wydziału ds. Służby Funduszy

Jurajski Miodowicz
Oddział Funduszu

PODPISY STRON

Świadczeniodawca
Dyrektor

Bożena M. Kucharska
Świadczeniodawca

UMOWA Nr 124/100443/11/2017
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE

zawarta w Katowicach pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach
z siedzibą w Katowicach, ul. Kossutha 13, reprezentowanym przez

Jerzego Szafranowicza – Dyrektora,
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”

a

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
nr 3 w Rybniku**

44200 Rybnik, ul. Energetyków 46

NIP: 6422585351

REGON: 272780323

(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

reprezentowanym przez

..... DOŻENIE MOCHA - DZIECIĘCIAŁOZ - DYREKTORA

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy, przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”, oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.
3. Świadczeniodawca obowiązany 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 gwarantowane 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 gwarantowane 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 szczegółowych warunkach umów.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz 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 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 i sprzęt
9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 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 zarządzeniu w sprawie korzystania z 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.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia **1 stycznia 2017 r.** do dnia **30 czerwca 2017 r.** wynosi maksymalnie **2 742 456,00 zł** (słownie: dwa miliony siedemset czterdzieści dwa tysiące czterysta pięćdziesiąt sześć zł).
2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą realizację postanowień:
 - 1) § 2 ust. 1 pkt 1 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), zwanym dalej „rozporządzeniem zmieniającym OWU”, w okresie od dnia ----- do dnia ----- r., w wysokości ----- zł (słownie: ----- zł)¹⁾;
 - 2) § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w okresie od dnia **1 stycznia 2017 r.** do dnia **30 czerwca 2017 r.**, w wysokości **91200 zł** (słownie: dziewięćdziesiąt jeden tysięcy dwieście zł)²⁾.
3. Środki, o których mowa w ust. 2 pkt 1 przekazuje się od dnia 1 stycznia 2016 r. na zasadach określonych w przepisach załącznika Ogólnych warunków umów, po dostarczeniu przez Świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r.

4. Środki, o których mowa w ust. 2 pkt 2, przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU.
- 4a. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego OWU, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.
5. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o którym 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:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Spec
44-200, Rybnik, ul. ul. Energetyków 46
nr 38 1600 1055 1833 4024 4000 0001.
7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, 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.
8. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
9. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia 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.).
10. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez portal Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 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, 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 zaopatrzenie w 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 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), 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, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. W przypadku nieprzekazania przez Świadczeniodawcę informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia zmieniającego OWU, Fundusz nakłada karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
6. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa:
 - 1) w § 2 ust. 1 pkt 1 lub w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU zgodnie z porozumieniem albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, o których mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia zmieniającego OWU, albo sposobem podziału, o którym mowa w § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego OWU;
 - 2) w § 2 ust. 3 pkt 1 4 rozporządzenia OWU zgodnie z porozumieniem albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, o których mowa w § 2 ust. 4 i 5 Ogólnych warunków umów, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy - 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.
8. 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 r.** do dnia **30 czerwca 2017 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 przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia 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; |

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Centrum Wsparcia Edukacji,
Narodowego Funduszu Edukacji w Katowicach
KRS 0000274314
Wydziału Zarządzania i Administracji

PODPISY STRON

.....
Oddział Funduszu

.....
.....

.....
Świadczeniodawca

| | | | | | | | | | |
|---|------------|-----------------------|---|----------------------------------|-------------------------|--|--------------------------|---|--|
| PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 124/100443/11/2017 Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI | | | | | | wersja 1 | | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 1 OW NFZ | |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | 124/100443 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku | | | |
| Okres rozliczeniowy od 2017-01-01 do 2017-06-30 | | | | | | | | | |
| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) | |
| 2 | 1034721 | 11.4132.002.12 - 1 | HEMODIALIZOTERAPIA | 166522 | ŚWIADCZENIE | 230 544,00 | 11,50 | 2 651 256,00 | |
| 1 | | 11.9996.002.02 - 1 | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO OWU ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI | | PUNKT ROZLICZENIOWY | 114,00 | 800,00 | 91 200,00 | |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) | | | | | | | | 2 742 456,00 | |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje | | | | | | | | | |
| Razem pozycje | | Okres sprawozd. | | Wartość (zł) | | Okres sprawozd. | | Wartość (zł) | |
| | | Styczeń | | 457 076,00 | | Luty | | 457 076,00 | |
| | | Maj | | 457 076,00 | | Czerwiec | | 457 076,00 | |
| | | Wrzesień | | | | Październik | | | |
| | | | | | | Listopad | | | |
| | | | | | | Grudzień | | | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--|-------|---------|
| Pozycja | 2 | Kod zakresu | 11.4132.002.12 - 1 | Nazwa zakresu | HEMODIALIZOTERAPIA | | | | |
| Kod miejsca | 166522 | Nazwa miejsca | STACJA DIALIZ | | | | | | |
| Adres miejsca | Rybnik, Energetyków 48, 44-200 Rybnik | | | | | | | TERYT | 2473011 |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec | | | |
| | | liczba * cena | | 38424,000 * 11,50 | 38424,000 * 11,50 | 38424,000 * 11,50 | | | |
| | | wartość | | 441 876,00 | 441 876,00 | 441 876,00 | | | |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec | | | |
| | | liczba * cena | | 38424,000 * 11,50 | 38424,000 * 11,50 | 38424,000 * 11,50 | | | |
| | | wartość | | 441 876,00 | 441 876,00 | 441 876,00 | | | |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | | | |
| | | liczba * cena | | | | | | | |
| | | wartość | | | | | | | |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień | | | |
| | | liczba * cena | | | | | | | |
| | | wartość | | | | | | | |
| | | Razem | | LICZBA | 230 544,00 | | | | |
| | | | | WARTOŚĆ (zł) | 2 651 256,00 | | | | |

| Pozycja | 1 | Kod zakresu | 11.9996.002.02 - 1 | Nazwa zakresu | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO OWU ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI | | | | |
|---------------|---|---------------|--------------------|-----------------|--|-----------------|-------|--|-----------|
| Kod miejsca | | Nazwa miejsca | | | | | | | |
| Adres miejsca | | | | | | | TERYT | | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec | | | |
| | | liczba * cena | | 19,000 * 800,00 | 19,000 * 800,00 | 19,000 * 800,00 | | | |
| | | wartość | | 15 200,00 | 15 200,00 | 15 200,00 | | | |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec | | | |
| | | liczba * cena | | 19,000 * 800,00 | 19,000 * 800,00 | 19,000 * 800,00 | | | |
| | | wartość | | 15 200,00 | 15 200,00 | 15 200,00 | | | |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | | | |
| | | liczba * cena | | | | | | | |
| | | wartość | | | | | | | |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień | | | |
| | | liczba * cena | | | | | | | |
| | | wartość | | | | | | | |
| | | Razem | LICZBA | | | | | | 114,00 |
| | | | WARTOŚĆ (zł) | | | | | | 91 200,00 |

data sporządzenia

2016-12-27

[Podpis]
Zamawiający
Nadzwyczajny Dyrektor
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku
Miejsce na pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Dyrektora OW

[Podpis]
Świadczeniodawca
Miejsce na pieczęć Świadczeniodawcy

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

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

