**ANEKS DO UMOWY Nr ...... / .......  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ   
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE,**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE –**

**Kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej/Teleradioterapia protonowa/ Kompleksowe leczenie ran przewlekłych** (**KLRP-1)   
 (KLWSW/TP/KLRP-1)**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE –**

**Leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej (LSPB)**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**- w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE-**

**w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC I (KOC I)**

zawarty w ......................................................, dnia ..............................................roku, między:

**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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”

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

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

Strony zgodnie postanawiają, co następuje:

**§ 1.** W § 4 ust. 1-4 otrzymują brzmienie:

„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 Ogólnych warunkach umów, 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 Ogólnych warunkach umów, tj. na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.”.

**§ 2.** W § 6 ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„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 Ogólnych warunkach umów, tj. na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.”.

**§ 3.** Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.

**§ 4.** Aneks do umowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**PODPISY STRON**

……………………………. ………………………………

**Oddział Funduszu Świadczeniodawca**