**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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”

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

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

Strony zgodnie postanawiają, co następuje:

**§ 1.** W § 4:

1) ust. 1 otrzymuje 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) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę …………...............zł (słownie: ……………………….……...zł) stanowiącą realizację postanowień art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), zwanej dalej: „ustawą zmieniającą” w okresie od dnia ………. r. do dnia ……….. r.”;

3) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Środki, o których mowa w ust. 2a, przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanym na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy zmieniającej.”;

4) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku nieprzeznaczenia środków, o których mowa w ust. 2a, w sposób określony w art. 4 ust. 2-4 ustawy zmieniającej lub ich nieprzeznaczenia na wzrost wynagrodzeń, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej lub niewywiązywania się lekarza z zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.”.

**§ 2.** W § 6:

1) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W przypadku nieprzeznaczenia środków na wzrost wynagrodzeń, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.”;

2) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 – 6a, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.”.

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

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

**PODPISY STRON**

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

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

**Oddział Funduszu Świadczeniodawca**