

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

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA  
I LECZENIE UZALEŻNIEŃ**

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<sup>#</sup> 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. z 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zwanymi dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień do umowy, wydanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „**Funduszem**”.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) 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 opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi 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 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 harmonogramie, o którym mowa w ust. 1.

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, o których mowa w § 1 ust. 2 i przepisach odrębnych.

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 Funduszu 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.

7. Zaprzeszanie 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 Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Funduszu.

§ 3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną 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 zakresie świadczeń objętych umową 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  
.....

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, 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.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. 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.).

9. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności faktury.

10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, oraz liczba jednostek rozliczeniowych, o której mowa w ust. 4, może ulec zmianie w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w § 18 pkt 19 szczegółowych warunków umów, na zasadach określonych w § 18 pkt 20 szczegółowych warunków umów.

**§ 5.** 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);
  - 3) co najmniej jedną grupę problemów wraz z rozszerzeniami, o których mowa w części 1 Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, *Organizacja udzielania świadczeń pkt 3*, załącznika nr 8 do rozporządzenia
- 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. z 2021 r. 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 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 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 .....

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 w szczególności przepisy, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1 lit. b.

§ 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

.....

.....

.....

.....

**Fundusz**

**Świadczeniodawca**

## PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

<b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr... do umowy nr .....  rodzaj świadczeń: ..... wersja .....</b>		<b>Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego :.....  OW NFZ</b>
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
ROK ..... - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych ..... zł (słownie - ..... )		

**Okres rozliczeniowy od..... do.....**

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
Okres rozliczeniowy od..... do.....**								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
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		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje							
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu			
Kod miejsca		Nazwa miejsca					
Adres miejsca					TERYT		
				Styczeń	Luty	Marzec	
liczba * cena							
wartość							
				Kwiecień	Maj	Czerwiec	
liczba * cena							
wartość							
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
liczba * cena							
wartość							
				Październik	Listopad	Grudzień	
liczba * cena							
wartość							

data sporządzenia

Fundusz\*\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*\*

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

\*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

**HARMONOGRAM - ZASOBY****HARMONOGRAM - ZASOBY**

Załącznik nr 2 do umowy

rodzaj świadczeń:

.....

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
<b>I. Miejsce udzielania świadczeń</b>										
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)	Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **	
<b>II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń</b>										
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**	
<b>III. Personel</b>										
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
<b>Dostępność osoby personelu</b>										
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)
							P****			
							D****			



IV. Sprzęt								
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

Fundusz\*\*\*\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*\*\*

\* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn.zm.)

\*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy

\*\*\*\* drukowany jeśli wypełniony

\*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW****WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

Załącznik nr ..... do umowy nr .....

rodzaj świadczeń:.....

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz\*

Świadczeniodawca\*\*

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Załącznik nr 4 do umowy

Miejscowość .....

Data .....

Kod Oddziału  
Wojewódzkiego

Dane  
Świadczeniodawcy

(źródło – Portal  
Świadczeniodawcy)

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku  
bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca\*

.....

\* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON  
- wraz z podpisem