

**UMOWA Nr 16-00-00742-12-16/03-03-12-02**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**LECZENIE SZPITALNE - CHEMIOTERAPIA**

zawarta w Szczecinie, dnia 31 stycznia 2012 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

Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego albo innego podmiotu udzielającego świadczeń	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	MARIUSZ PIETRZAK
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 leczenie szpitalne – chemioterapia, 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 leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 1 i 3 ustawy 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”, 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”, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr

140, poz.1143, z późn. zm.), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111 poz. 653, z późn. zm.) oraz zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696) zwanej dalej „ustawą refundacyjną”.

## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 2.**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2 do umowy**.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2 do umowy** – „harmonogram – zasoby”.
3. Dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będącym w jego dyspozycji określone są w **załączniku nr 2 do umowy** – „harmonogram – zasoby”.
4. 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.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone dla Świadczeniodawcy w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do leczenia, bezpłatnego dostępu do leków będących przedmiotem umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia, w okresie obowiązywania umowy, ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom leczonym w zakresie chemioterapii.
8. Świadczenia są udzielane w ramach katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia realizowanych w zakresie chemioterapii stanowiącym **załącznik nr 1e** oraz w ramach katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia stanowiącym **załącznik nr 1j do warunków zawarcia umów**.
9. Świadczeniodawca nabywa odpłatnie leki będące przedmiotem umowy. Zakres danych ewidencji faktur zakupu sprawozdawany jest zgodnie z **załącznikiem nr 4 do umowy**.
10. Świadczenia są udzielane z zastosowaniem substancji czynnych wymienionych w katalogu stanowiącym **załącznik nr 1f do warunków zawarcia umów**.
11. Niezbędne do realizacji chemioterapii świadczenia nie objęte umową, rozliczane są na podstawie odrębnych umów.
12. 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.
13. Świadczeniodawca zobowiązany jest do stosowania instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust.2. pkt. 7 ustawy refundacyjnej, jeżeli zostały ustalone.

### § 3.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

#### § 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia **01.02.2012r.** do dnia **30.06.2012r.** wynosi maksymalnie: **53 746,00 zł** (słownie: **pięćdziesiąt trzy tys siedemset czterdzieści sześć zł 00/100**).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1 do umowy**.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie i podane lub wydane świadczeniobiorcy leki, wykazane w załączniku sprawozdawczo rozliczeniowym, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy**.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, kwota należności nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej **w załączniku nr 1 do umowy**.
5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr: **60105015591000002341796064**.
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 5 do umowy.
7. 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.).

### KARY UMOWNE

#### § 5.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, dyrektor Oddziału 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. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

4. Oddział Funduszu jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

#### OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

##### § 6.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01 lutego 2012 roku do dnia 30 czerwca 2012 roku.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 7.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

##### § 8.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

##### § 9.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

##### § 10.

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 – Załącznik sprawozdawczo-rozliczeniowy dla świadczeń z zakresu chemioterapii.
- 5) załącznik nr 5 do umowy – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego;

#### PODPISY STRON

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
dr n. med. ~~Wojciech~~ Piotr Pietrzak

Świadczeniodawca

uz. Dyrektora  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Dyrektora ds. Oddział Funduszy  
Dariusz Ruczyński

PLAN RZECZOWO FINANSOWY za nr 1 do umowy nr 16-00-00742-12-16 (03-03-12-02)		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 16-00-00742-12-16 OW NFZ
rodzaj świadczeń: LECZENIE SZPITALNE		wersja: 00
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		160000742
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego albo innego podmiotu udzielającego świadczeń		SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. MARIII CURIE-SKŁODOWSKIEJ

Okres rozliczeniowy od 2012-02-01 do 2012-06-30									
Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udziel. świadczeń	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	Kod limitu
1	16-12-000130/SZP/03/3/0 3.0000.111.02/4	03.0000.111.02	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	20709	PUNKT ROZLICZENIOWY	188,0000	52,00	9 776,00	
2	16-12-000130/SZP/03/3/0 3.0000.111.02/4	03.0001.111.02	SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	20709	PUNKT ROZLICZENIOWY	4 397,0000	10,00	43 970,00	
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								53 746,00	

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	0,00	Luty	10 776,00	Marzec	10 776,00	Kwiecień	10 766,00
	Maj	10 714,00	Czerwiec	10 714,00	Lipiec	0,00	Sierpień	0,00
	Wrzesień	0,00	Październik	0,00	Listopad	0,00	Grudzień	0,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
pozycja	1	Kod zakresu	03.0000.111.02	Nazwa zakresu	CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM				
Kod miejsca	20709	Nazwa miejsca	PORADNIA UROLOGICZNA						
Adres miejsca	71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4   TERYT   3262011								
liczba*cena	Styczeń		Luty		Marzec				
wartość	0* 0,00		38* 52,00		1 976,00		38* 52,00		
	0,00		1 976,00		1 976,00		1 976,00		
liczba*cena	Kwiecień		Maj		Czerwiec				
wartość	38* 52,00		37* 52,00		1 924,00		37* 52,00		
	1 976,00		1 924,00		1 924,00		1 924,00		
liczba*cena	Lipiec		Sierpień		Wrzesień				
wartość	0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		
	0,00		0,00		0,00		0,00		
liczba*cena	Październik		Listopad		Grudzień				
wartość	0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		
	0,00		0,00		0,00		0,00		

Pozycja	2	Kod zakresu	03.0001.111.02	Nazwa zakresu	SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM				
Kod miejsca	20709	Nazwa miejsca	TERYT 0000000						
Adres miejsca									
liczba*cena	Styczeń		Luty		Marzec				
wartość	0* 0,00		880* 10,00		8 800,00		880* 10,00		
	0,00		8 800,00		8 800,00		8 800,00		
liczba*cena	Kwiecień		Maj		Czerwiec				
wartość	879* 10,00		879* 10,00		8 790,00		879* 10,00		
	8 790,00		8 790,00		8 790,00		8 790,00		
liczba*cena	Lipiec		Sierpień		Wrzesień				
wartość	0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		
	0,00		0,00		0,00		0,00		
liczba*cena	Październik		Listopad		Grudzień				
wartość	0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00		
	0,00		0,00		0,00		0,00		

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

Data sporządzenia:  
30-01-2012

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

*[Podpis]*  
Zastępca Dyrektora  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych  
Mariusz Pietrzak

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy  
**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
dr n. med. Mariusz Pietrzak

2

1