

ISTOTNE WARUNKI UMOWY ZAKRES 1

zawarta w dniu r. w Krapkowicach, na podstawie art. 26. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.), pomiędzy:

Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

z siedzibą w Krapkowicach, 47-303 Krapkowice, os. XXX-lecia 21, wpisaną do rejestru przedsiębiorców przy Sądzie Rejonowym w Opolu VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000312406, NIP 1990080635, RERON 160213499, reprezentowaną przez:

Marcina Misiewicza- Prezesa Zarządu

zwaną dalej „Świadczeniobiorcą”

a

.....
z siedzibą w,
reprezentowanym przez:

.....
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

o następującej treści:

§ 1

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni przez Świadczeniodawcę na rzecz pacjentów Świadczeniobiorcy, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, na rzecz uprawnionych do korzystania ze świadczeń w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r., , poz. 581 z późn. zm.).

§ 2

Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych każdej zgłaszającej się osobie w przypadku, gdy potrzebuje ona pomocy z powodu wypadku, urazu oraz stanów zagrożenia życia, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i przygotowaniem zawodowym.

§ 3

- Świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez personel lekarski, posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach, w szczególności specjalizacje zgodnie z rodzajem poradni. Ponadto świadczenia wykonywane będą przy udziale personelu pomocniczego zatrudnionego przez Świadczeniobiorcę.
- W ramach niniejszej umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - 1) prowadzenia nadzoru nad prawidłowym funkcjonowaniem poradni w tym pilnowanie ilości wykonywanych świadczeń w stosunku do miesięcznego limitu określonego przez Świadczeniobiorcę,

- 2) prawidłowego kwalifikowania wykonanych procedur do właściwego typu porady.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z:
 - 1) obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
 - 2) wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,
 - 3) dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób,
 - 4) zasadami etyki zawodowej,
 - 5) wytycznymi i standardami NFZ przewidzianymi dla tego rodzaju usług.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany poinformować ubezpieczonego o potrzebie zastosowania diagnostycznej lub terapeutycznej metody leczenia wiążącej się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta.
5. Wykonywane świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem niniejszej umowy, muszą być niezbędne, celowe i kompleksowe, a ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych będzie odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonywać świadczenia zdrowotne w sposób ciągły i systematyczny w całym okresie trwania umowy, co oznacza, że wykonanie umowy nie może nastąpić przed terminem przewidzianym okresem obowiązywania umowy.
7. Świadczeniodawca może kierować ubezpieczonego na leczenie szpitalne tylko wtedy, jeśli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie. Świadczeniodawca uzasadnia w wystawionym skierowaniu konieczność leczenia szpitalnego oraz informuje ubezpieczonego o możliwości wyboru szpitala, w którym może on kontynuować leczenie.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu utrzymanie i podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń, m.in. udział w szkolenia i kursach podnoszących kwalifikacje Świadczeniodawcy.
9. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę jako podwykonawca Świadczeniobiorcy ze szczególnym uwzględnieniem warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 4

1. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych są pomieszczenia Poradni mieszczącej się w budynku „NASZEJ PRZYCHODNI”, przy ul. Szkolnej 7 w Krapkowicach oraz / lub w budynku „NASZEGO SZPITALA”, na os. XXX-lecia 21 w Krapkowicach.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest:
 - a. do udzielania świadczeń zdrowotnych wg harmonogramu wykonywania świadczeń zdrowotnych uzgodnionego i zatwierdzonego przez Świadczeniobiorcę przedstawionego w formie pisemnej z siedmiodniowym wyprzedzeniem,
 - b. do udzielania świadczeń zdrowotnych przez siebie osobiście lub osoby przez siebie zatrudnione, bez względu na podstawę zatrudnienia, posiadające odpowiednie kwalifikacje do udzielania usług lekarskich w poradni,
 - c. w przypadku nieobecności dłuższej niż 3 dni robocze do zapewnienia na swój koszt zastępstwa w poradni przez inną osobę, spełniającą warunki wynikające z niniejszej umowy, celem zagwarantowania ciągłości i terminowości wykonywanych w poradni świadczeń zdrowotnych,
 - d. do zgłaszania i uzyskiwania zgody Świadczeniobiorcy na nieobecność w poradni

w godzinach lub dniach przewidzianych harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych z **minimum 30 dniowym** wyprzedzeniem, w formie pisemnej pod rygorem nieważności. W przypadku nie zachowania terminu o którym mowa w zdaniu poprzednim Świadczeniodawca może zostać obciążony karą umowną, jeśli z tego tytułu taką zostanie obciążony Świadczeniobiorca przez OOW NFZ. Nieobecność w poradni o charakterze nie planowym wymaga niezwłocznego zgłoszenia i podaniem uzasadnienia.

3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania informacji w zakresie zmian dotyczących osób udzielających świadczeń zdrowotnych w poradni, stanu prawno - organizacyjnego, które nastąpiły w stosunku do stanu określonego w ofercie. Zmiany dotyczące osób udzielających świadczeń dotyczą tylko zmian osobowych. Kwalifikacje tych osób muszą być zgodne z kwalifikacjami przedstawionymi w ofercie.
4. Świadczeniodawca nie jest uprawniony do dokonywania na rzecz osób trzecich przelewu wierzytelności wynikających z umowy, bez uprzedniej zgody Świadczeniobiorcy wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 5

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do niniejszej umowy. Świadczeniodawca nie może w tym samym czasie pełnić innych obowiązków lub udzielać świadczeń w innym podmiocie leczniczym.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zlecenia badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej i innych badań oraz procedur medycznych zapewniających kompleksowe świadczenia zdrowotne do pracowni diagnostycznych Świadczeniobiorcy.
3. Świadczeniodawca przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Świadczeniobiorcy, Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób, szczególnie w zakresie dostępności i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji umowy.

§ 6

1. Świadczeniodawca uczestniczy w prowadzeniu dokumentacji medycznej w sposób aktualny i systematyczny, zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym w poradni i zasadami obowiązującymi u Świadczeniobiorcy oraz zgodnie z wymogami zawartymi w obowiązujących przepisach prawa. Ponadto uczestniczy w sprawozdawczości statystycznej obowiązującej podmioty prowadzące działalność leczniczą, a także uczestniczy w systemie RUM.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyskania uprawnień do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

§ 7

1. Świadczeniodawca w czasie udzielania świadczeń objętych niniejszą umową korzysta bezpłatnie, z uwzględnieniem harmonogramu, zakresu i sposobu pracy Świadczeniodawcy lub osób występujących w jego imieniu, z:
 - 1) aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością Świadczeniobiorcy,
 - 2) bazy lokalowej Świadczeniobiorcy,
 - 3) leków i materiałów opatrunkowych Świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Maksymalna kwota wydatków na badania diagnostyczne, terapeutyczne oraz leki i materiały opatrunkowe w poradni nie może przekroczyć kwoty zł miesięcznie. Po przekroczeniu tej kwoty Świadczeniobiorca obciąży Świadczeniodawcę

za każde badanie wg cennika obowiązującego u Świadczeniobiorcy oraz za leki i materiały opatrunkowe wg cen zakupu. Rozliczenie wynikające z powyższego postanowienia dokonane zostanie po zakończeniu realizacji umowy.*

3. Korzystanie ze środków wymienionych w ust. 2 może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy.
4. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego z winy Świadczeniodawcy, Świadczeniobiorca obciąży Świadczeniodawcę pełną kwotą odszkodowania.
5. Świadczeniodawca zobowiązuje się do dbałości o użytkowany sprzęt i aparaturę medyczną oraz do natychmiastowego zgłaszania nieprawidłowości w ich działaniu Świadczeniobiorcy.
6. Świadczeniodawca we własnym zakresie zaopatruje się w odzież ochronną i roboczą oraz zobowiązuje się do przestrzegania przepisów BHP, przeciwpożarowych oraz regulaminów i innych dokumentów wewnętrznych obowiązujących u Świadczeniobiorcy.
7. Świadczeniodawca nie może wykorzystywać środków, o których mowa w ust. 1 na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych na rachunek inny niż Świadczeniobiorcy.
8. W związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych Świadczeniodawca nie jest uprawniony do pobierania od osób uprawnionych do bezpłatnych świadczeń, innych odpłatności niż określone w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych lub niezgodnych z zasadami określonymi przez wewnętrzne przepisy Świadczeniobiorcy.

§ 8

1. Świadczenia zdrowotne realizowane przez Świadczeniodawcę w zakresie określonym niniejszą umową będą rozliczane na następujących zasadach:
 - 1) za wykonanie świadczenia stanowiącego przedmiot niniejszej umowy Świadczeniodawca otrzymywać będzie wynagrodzenie w wysokości zł brutto (słownie:) za 1 punkt / ryczałt miesięczny w kwocie zł brutto (słownie:),
 - 2) miesięczna ilość punktów możliwych do zrealizowania wynosi 1/12 wynegocjowanej dwunastomiesięcznej ilości określonej w umowie zawartej pomiędzy Świadczeniobiorcą, a OOW NFZ na zapewnienie kompleksowej realizacji świadczeń w poradni,
 - 3) liczby i ceny punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w 2016 r. określa załącznik nr 1 do umowy,
 - 4) rozliczenie będzie następować w trybie miesięcznym, na koniec miesiąca kalendarzowego,
 - 5) ilość wykonanych w poradni świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy (tzn. dany miesiąc) może być wyższa niż 1/12 ilości zakontraktowanych punktów, w przypadku, gdy ilości wykonanych punktów w poradni za ubiegłe okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były niższe, niż 1/12 zakontraktowanych punktów. W tym przypadku łączna ilość wykonanych punktów za bieżący i ubiegłe okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od iloczynu okresów sprawozdawczych, w których wykonano już świadczenia i 1/12 ilości możliwych do zrealizowania za dany zakres świadczeń.

*Dotyczy Poradni: Dermatologicznej, Pulmonologicznej, Alergologicznej, Reumatologicznej,

- 6) Miesięczne wynagrodzenie będzie stanowił iloczyn ceny za wykonanie 1 punktu oraz ilość zrealizowanych punktów w danym miesiącu z uwzględnieniem zapisów, o których mowa w punkcie 5).

§ 9

Wartość punktową poszczególnych grup świadczeń specjalistycznych zawiera katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych stanowiący załącznik nr 5a do Zarządzenia 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wraz z późniejszymi zmianami.

§ 10

1. Należność, o której mowa w § 8, z tytułu wykonania umowy będzie wypłacana przez Świadczeniobiorcę w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego przez Świadczeniodawcę rachunku / faktury, na numer rachunku bankowego Świadczeniodawcy:
Za termin płatności uważa się dzień, w którym Świadczeniobiorca wydał bankowi polecenie obciążenia swojego rachunku bankowego. Zwłoka w zapłacie ww. należności uprawnia Świadczeniodawcę do naliczania odsetek ustawowych. Jeżeli termin zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, za termin zapłaty uważa się pierwszy dzień powszedni przypadający po tym dniu.
2. W przypadku, gdy w razie zweryfikowania wykonanych świadczeń zdrowotnych, np. w wyniku kontroli Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, stwierdzone zostanie że:
 - 1) świadczenie zdrowotne nie zostanie uznane przez kontrolującego,
 - 2) otrzymana przez Świadczeniodawcę kwota za świadczenie zdrowotne została zawyżona, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zwrotu nienależnie zapłaconych przez Świadczeniobiorcę na jego rzecz kwot, w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania do zapłaty, na rachunek bankowy Świadczeniobiorcy. W przypadku braku wpłaty wskazanej w wezwaniu do zapłaty należności w terminie, o którym mowa powyżej, określona w wezwaniu do zapłaty kwota, wraz z ustawowymi odsetkami z tytułu nieterminowej płatności, zostanie potrącona z przysługującej Świadczeniodawcy należności. Powyższe postanowienia nie naruszają prawa Świadczeniobiorcy do dochodzenia nienależnie zapłaconych na rzecz Świadczeniodawcy kwot w postępowaniu sądowym.
Ponadto, w związku z powyższym, Świadczeniodawca zobowiązuje się do sporządzania dodatkowych informacji i sprawozdań na wniosek Świadczeniobiorcy.

§ 11

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do prowadzenia medycznej dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa przewidzianych dla personelu lekarskiego, dotyczących podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także uczestniczenia w prowadzeniu dokumentacji przez personel Świadczeniobiorcy. Dokumentacja medyczna wymagana jest w formie pisemnej, prowadzona w języku polskim. Dokumentacja ta powinna:
 - 1) być prowadzona czytelnie,
 - 2) być prowadzona starannie, dla każdego pacjenta oddzielnie,
 - 3) uwzględniać wszystkie dokumenty w tym: wyniki badań diagnostycznych, konsultacji oraz wykonywanych procedur medycznych, postępowania rehabilitacyjnego i terapeutycznego, w tym zleconych leków, propozycji postępowania (zalecenia

poszpitalne), dane w zakresie orzecznictwa zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

2. Zbiory danych i informacji objętych dokumentacją medyczną i statystyczną mogą być sporządzane i przechowywane na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem sporządzania i przechowywania wydruków komputerowych będących odpowiednikami dokumentacji, która wymagana jest na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. W przypadku wydania skierowania na badanie diagnostyczne oraz na badania tzw. kosztochłonne Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania, by skierowanie zawierało w szczególności:
 - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą Świadczeniobiorcy, adresem, telefonem oraz numerem umowy zawartej z NFZ,
 - 2) datę wystawienia skierowania,
 - 3) PESEL oraz imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów koordynacji: imię i nazwisko oraz numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego,
 - 4) zleczone badania,
 - 5) podpis i pieczętkę lekarza z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do dopilnowania, by przekazywane dane dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy były przekazywane w standardzie określonym przez Świadczeniobiorcę i OOWNFZ, w tym również w systemie elektronicznym.
5. Świadczeniodawca zobowiązuje się do czytelnego wystawiania recept, zleceń, skierowań na wykonywanie usług lub świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem refundacji przez OOWNFZ na drukach akceptowanych przez OOWNFZ i zgodnie z przyjętymi w tym zakresie zasadami.
6. Wystawianie recept w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami w sprawie recept lekarskich, a w szczególności nieczytelne wypisywanie recept, nie odnotowywanie zaordynowania leków w dokumentacji medycznej pacjenta, ordynowanie leków nieodpowiednich do rodzaju schorzenia lub w ilości przekraczającej potrzeby terapeutyczne traktowane będzie przez Świadczeniobiorcę jako nieuzasadnione, a Świadczeniodawca obciążony zostanie kosztami refundacji zaordynowanych leków.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wypełniania formularza dokumentującego realizację świadczenia zdrowotnego zakontraktowanego przez OOWNFZ ze Świadczeniobiorcą z uwzględnieniem poniższych zapisów.
8. Ilość zarejestrowanych w danym miesiącu usług wykonanych na rzecz Świadczeniobiorcy, musi być zgodna z ilością wykonanych świadczeń wykazanych w wewnętrznej dokumentacji medycznej i statystycznej oraz wykazanych do Świadczeniobiorcy w rozliczeniu miesięcznym.
9. Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub na zaopatrzenie w środek pomocniczy powinno być wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami i powinno zawierać w szczególności:
 - 1) pieczętkę lub nadruk z nazwą Świadczeniobiorcy, adresem, telefonem oraz numerem umowy zawartej z Funduszem,
 - 2) pieczętkę i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie,
 - 3) nazwę i kod wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego, zgodną z nazewnictwem i kodami określonymi w odrębnych przepisach o limitach cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami

- ortopedycznymi i środków pomocniczych,
- 4) uzasadnienie zawierające wskazanie medyczne dla danego rodzaju wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego, zgodne z przepisami o wykazie wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, oraz adnotację o rodzaju dysfunkcji („dysfunkcja stała”, „dysfunkcja czasowa”, „do stałego użytkowania”),
 - 5) wskazanie wysokości udziału własnego pacjenta w cenie nabycia,
 - 6) adnotację „inwalida wojenny”, „inwalida wojskowy” lub „osoba represjonowana” oraz numer dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie w przypadku inwalidów wojennych lub wojskowych oraz osób represjonowanych.
10. Zlecenie, o którym mowa w ust. 9, może zawierać szczegółowy opis przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, według którego powinien być wykonany albo dobrany i dopasowany.
 11. Kosztami refundacji przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 9 i 10, Świadczeniobiorca obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
 12. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Świadczeniobiorca określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od daty wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należnej Świadczeniodawcy należności.
 13. Świadczeniobiorca zastrzega sobie prawo ustalenia wzorów skierowań i zleceń, które z kolei uzależnione są od Narodowego Funduszu Zdrowia. Wzory te są podawane do wiadomości Świadczeniodawcy co najmniej na 21 dni przed terminem rozpoczęcia ich obowiązywania.

§ 12

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przyjęcia pacjenta w terminie z nim uzgodnionym. Jeżeli z powodu nagłych przyjęć Świadczeniodawca nie może przyjąć pacjenta w uzgodnionym terminie, zobowiązany jest do wyznaczenia nowego terminu i poinformowania o nim pacjenta. W stanach nagłych przyjęcie następuje niezwłocznie, bez względu na planowe przyjęcia.
2. Świadczenia powinny być udzielane przez Świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie.
3. Świadczeniodawca nie może, bez uzasadnionej przyczyny, odmówić pacjentowi posiadającemu skierowanie do poradni, udzielenia świadczenia. Każda odmowa powinna być potwierdzona przez Świadczeniodawcę na skierowaniu, a w przypadku gdy skierowanie takie nie jest wymagane w dokumentacji pacjenta. Potwierdzenie powinno zawierać datę, pieczętkę lub nadruk z nazwą, adresem i telefonem Świadczeniobiorcy, imię i nazwisko oraz pieczętkę i podpis osoby odmawiającej przyjęcia oraz przyczynę odmowy.

§ 13

1. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego osobom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nie przekraczania granic koniecznej potrzeby.
2. Świadczeniodawca powinien wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami

- określającymi sposób i tryb wystawiania recept oraz ich wzory.
3. Świadczeniodawca wystawiając receptę na bezpłatne leki dla osób, o których mowa w art. 43 - 46 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zobowiązany jest do sprawdzenia uprawnień tych osób i odnotowania w dokumentacji medycznej nazwy i numeru seryjnego dokumentu potwierdzającego uprawnienie.
 4. Kosztami refundacji recept wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 2 i 3, Świadczeniobiorca obciąża Świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
 5. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Świadczeniobiorca określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od daty wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należności Świadczeniodawcy.
 6. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby którym udzielanie świadczeń powierzył oraz odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych.
 7. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy lub w związku z udzielaniem świadczeń albo związanych z zaniechaniem udzielania świadczeń ponosi Świadczeniodawca.

§ 14

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej związanej w wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, począwszy od pierwszego dnia wykonywania świadczeń objętych umową i zapewnia ubezpieczenia, o których mowa powyżej przez cały czas trwania niniejszej umowy. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedłożenia Świadczeniobiorcy polisy ubezpieczeniowej, potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim przed dniem rozpoczęcia wykonywania niniejszej umowy.
2. W przypadku wygaśnięcia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1., w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Świadczeniodawca zobowiązany jest przedłożyć Świadczeniobiorcy nową polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej na pozostały okres obowiązywania niniejszej umowy, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej polisy ubezpieczeniowej.

§ 15

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez OOWNFZ jako podwykonawca części kontraktu, jaki zawarł Świadczeniobiorca z OOWNFZ, w szczególności w zakresie:
 - 1) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym, tj. dostępności, celowości, zasad organizacji ich udzielania oraz jakości,
 - 2) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń i usług,
 - 3) dokonywania rozliczeń ustalających koszty usług i należności za ich wykonanie,
 - 4) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem ich celowości, jakości i zgodności z przyjętymi standardami,
 - 5) zasadności wyboru leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów

ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji,

- 6) zasad wystawiania recept,
- 7) wglądu do dokumentacji kontroli dokonanych przez stacje Sanitarne – Epidemiologiczne oraz kontrolę przeciwpożarową, jeżeli go dotyczy.

§ 16

Świadczeniodawca zapewniający opiekę lekarską w Poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, zobowiązany jest brać udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego powołanego przez Burmistrza Krapkowic. Udział w pracach niniejszego Zespołu i jego grupach roboczych jest nieodpłatny i odbywa się w ramach obowiązków wynikających z realizacji niniejszej umowy. Obecność na posiedzeniach ww. Zespołu jest obowiązkowa, a ewentualne nieobecności mogą być sporadyczne i wymagają zasadnego usprawiedliwienia.*

§ 17

1. Zmiana warunków umowy może być dokonana w przypadku:
 - 1) zaistnienia okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć w chwili zawierania umowy,
 - 2) pisemnego wystąpienia przez jedną ze stron z uzasadnionym wnioskiem o zmianę warunków umowy,
2. Zmiana warunków umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

1. Świadczeniobiorca może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym bez konieczności pisemnego wzywania do usunięcia uchybień w przypadku:
 - 1) utraty przez Świadczeniodawcę lub osoby zatrudnione przez Świadczeniodawcę koniecznych uprawnień do realizacji świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy na rzecz ubezpieczonych,
 - 2) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione nieposiadające wymaganych kwalifikacji,
 - 3) rażącego naruszenia postanowień umowy, które to naruszenie stwarza zagrożenie bezpieczeństwa dla procesu leczenia lub zdrowia pacjentów,
 - 4) w przypadku zaistnienia okoliczności, których wcześniej nie można było przewidzieć, a z powodu których dalsza realizacja umowy nie leży w interesie Świadczeniobiorcy,
 - 5) niedotrzymania warunków określonych w niniejszej umowie dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
 - 6) udaremnienia lub utrudniania kontroli Świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Świadczeniobiorcę lub inne organy upoważnione do kontroli.
2. Strony umowy mogą dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych, w przypadku nienależytego wykonania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy.

§ 19

1. Świadczeniobiorca może naliczyć Świadczeniodawcy karę umowną w przypadku:
 - 1) bezzasadnej odmowy porady osobie skierowanej bądź zgłaszającej po poradę w trybie zagrożenia życia do wysokości 5% wartości miesięcznego wynagrodzenia,
 - 2) naruszenia postanowień umowy do wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia,

*Dotyczy Poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.

- 3) wykonywania świadczeń niezgodnie z umową, niezgodnie z przyjętymi przez Świadczeniobiorcę i OOWNFZ standardami do wysokości 5% wartości miesięcznego wynagrodzenia,
 - 4) niestosowanie się do zaleceń pokontrolnych dotyczących wykonywania umowy do wysokości 20% kwoty wartości miesięcznego wynagrodzenia.
2. Świadczeniobiorca może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych, w razie gdy kara umowna nie pokrywa zaistniałej szkody.
 3. W przypadku stwierdzenia, że wykonane świadczenie zdrowotne było nieuzasadnione lub wykonane niezgodnie z umową, Świadczeniobiorca potrąci z przysługującego Świadczeniodawcy wynagrodzenia, kwotę środków finansowych przekazywanych za ww. świadczenia.
 4. W przypadku uchybień dotyczących wystawiania recept lub dokumentowania wystawiania leków Świadczeniobiorca może dokonać potrącenia z kwoty przysługującej Świadczeniodawcy z tytułu realizacji niniejszej umowy w wysokości odpowiadającej refundacji tych leków.

§ 20

Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny, właściwy dla siedziby Świadczeniobiorcy.

§ 21

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie przepisy: Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych oraz inne adekwatne akty prawne.

§ 22

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01.01.2016 r.** do dnia **31.12.2017 r.**

§ 23

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

Załączniki:

Załącznik nr 1 liczba i cena punktów oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń

Załącznik nr 2 Harmonogram pracy poradni

Świadczeniodawca:

Świadczeniobiorca:

Załącznik nr 1 do umowy nr

Świadczeniodawca:

.....

Okres rozliczeniowy: 2016 r.

Produkt:

Wyróżnik :

Nazwa: punkt rozliczeniowy w Poradni

Liczba: Cena: Kwota:

Maksymalna kwota umowy: zł.

Załącznik nr 2 do umowy nr

Harmonogram pracy Poradni