

U M O W A

NR [nr kolejny umowy]/[nr jednostki]/[nr świadczenia]/[nr statystyczny województwa ZOZ]/[rok]/[nr umowy wg CRU]

na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa

zawarta w Warszawie dnia

Minister Zdrowia,

zwany dalej „Zleceniodawcą”, którego reprezentuje:

Anna Kamińska – Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej

i

[nazwa],

[opis],

zwany dalej „Świadczeniodawcą”, którego reprezentuje:

[osoba kierownika zakładu]

postanawiają co następuje:

Na podstawie art. 14 oraz art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. Nr 139, poz. 1140) strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca a Świadczeniodawca przyjmuje do wykonania udzielanie świadczenia wysokospecjalistycznego: „**operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym**” wymienionego pod nr 9 w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, zwanego dalej „świadczeniem”.
2. Procedury medyczne wchodzące w zakres świadczenia określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Świadczenie może być udzielane w wariantach, z możliwością zastosowania podwariantów, określonych w załączniku nr 1A do niniejszej umowy.
4. Udzielanie świadczenia rozpoczyna się w chwili przekazania pacjenta na blok operacyjny.
5. Udzielanie świadczenia kończy się z chwilą upływu 36 godzin od wykonania świadczenia.

§ 2

1. Świadczeniodawca, z zastrzeżeniem ust. 6, zobowiązuje się udzielić w trakcie obowiązywania niniejszej umowy nie więcej niż: **[liczba]** świadczeń, w tym:
 - 1) **[liczba]** świadczeń w wariantach oznaczonych symbolem 9.1,

- 2) [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem 9.2,
 - 3) [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem 9.3,
 - 4) [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem 9.4,
 - 5) [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem 9.5,
 - 6) [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem 9.6.
2. Świadczeniodawca, z zastrzeżeniem ust. 6, może zastosować w trakcie obowiązywania niniejszej umowy a Zleceniodawca sfinansować nie więcej niż **[liczba]** podwariantów świadczenia, w tym:
- a) [wszystkie, lub wszystkie pozostałe po wyczerpaniu się pozostałych podwariantów, do wysokości ilości świadczeń wymienionych w umowie] podwariantów oznaczonych literą A,
 - b) [liczba] podwariantów oznaczonych literą B,
 - c) [liczba] podwariantów oznaczonych literą C,
 - d) [liczba] podwariantów oznaczonych literą D,
 - e) [liczba] podwariantów oznaczonych literą E,
 - f) [liczba] podwariantów oznaczonych literą F,
 - g) [liczba] podwariantów oznaczonych literą G,
 - h) [liczba] podwariantów oznaczonych literą H,
 - i) [liczba] podwariantów oznaczonych literą I,
 - j) [liczba] podwariantów oznaczonych literą J.
3. Strony ustalają cenę umowną za udzielenie jednego świadczenia:
- 1) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.1 w wysokości [c1] zł, (słownie złotych: [c1s]),
 - 2) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.2 w wysokości [c2] zł, (słownie złotych: [c2s]),
 - 3) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.3 w wysokości [c3] zł, (słownie złotych: [c3s]),
 - 4) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.4 w wysokości [c4] zł, (słownie złotych: [c4s]),
 - 5) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.5 w wysokości [c5] zł, (słownie złotych: [c5s]),
 - 6) w wariantcie oznaczonym symbolem 9.6 w wysokości [c6] zł, (słownie złotych: [c6s]),
4. 1) Cena każdego wariantu świadczenia może ulec zmianie przy zastosowaniu podwariantu:
- a) oznaczonego literą A - cena nie ulega zmianie,
 - b) oznaczonego literą B - cenę zwiększa się o [cB] zł, słownie złotych: [cBs],
 - c) oznaczonego literą C - cenę zwiększa się o [cC] zł, słownie złotych: [cCs],
 - d) oznaczonego literą D - cenę zwiększa się o [cD] zł, słownie złotych: [cDs],
 - e) oznaczonego literą E - cenę zwiększa się o [cE] zł, słownie złotych: [cEs],
 - f) oznaczonego literą F - cena nie ulega zmianie,
 - g) oznaczonego literą G - cenę zwiększa się o [cG] zł, słownie złotych: [cGs],
 - h) oznaczonego literą H - cenę zwiększa się o [cH] zł, słownie złotych: [cHs],
 - i) oznaczonego literą I - cenę zwiększa się o [cI] zł, słownie złotych: [cIs],
 - j) oznaczonego literą J - cenę zwiększa się o [cJ] zł, słownie złotych: [cJs].
- 2) Jeżeli przy wykonywaniu świadczenia zostanie zastosowanych kilka podwariantów, łączna cena wynika z ich sumowania i dodania do ceny podstawowej danego wariantu.
5. Z tytułu niniejszej umowy Zleceniodawca zobowiązuje się wypłacić Świadczeniodawcy łączną kwotę nie wyższą niż: **[wartość] zł** (słownie złotych: [słownie]).

6. O wyborze optymalnego wariantu lub podwariantu świadczenia, jaki ma być zastosowany u danego pacjenta, decyduje Świadczeniodawca, biorąc pod uwagę wskazania medyczne i stan zdrowia pacjenta, z zastrzeżeniem, że wyboru można dokonać wyłącznie spośród wariantów lub podwariantów wynegocjowanych i wymienionych w ust. 1 i 2 w liczbie różnej od 0 (zero).

7. Wybór wariantu świadczenia może spowodować zmianę liczby wykonania poszczególnych wariantów świadczeń określonych w ust. 1, lecz nie może spowodować zwiększenia ogólnej liczby świadczeń objętych umową ani przekroczenia ogólnej kwoty przeznaczonej na ich sfinansowanie, określonych ust. 1 i 5. Przepis ten stosuje się odpowiednio do podwariantów.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, Świadczeniodawca zobowiązany jest do złożenia wraz z rozliczeniem za miesiąc, w którym sytuacja ta wystąpiła, oświadczenia informującego o zmianach w stosunku do przepisów ust. 1 i 2, sporządzonego według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do niniejszej umowy.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się przekazać Zleceniodawcy **w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy**, podpisany przez kierownika zakładu oraz osobę pełniącą funkcję głównego księgowego harmonogram zakontraktowanej liczby świadczeń, jakie zostaną rozpoczęte do dnia 31 grudnia 2011 roku, z podziałem na poszczególne miesiące 2011 roku, sporządzony według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszej umowy, zawierający wyszczególnienie przewidywanej liczby świadczeń, w tym w stosunku do osób, które w dniu rozpoczęcia udzielania świadczenia nie ukończą 18 roku życia (dzieci).

2. Zmiana powyższego harmonogramu nie może jednak polegać na przesunięciu terminu rozpoczęcia realizacji świadczenia, za wyjątkiem sytuacji, której Świadczeniodawca nie mógł przewidzieć przy dołożeniu najwyższej staranności i tylko za uzyskaniem pisemnej zgody ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Świadczeniodawca zobowiązuje się do równomiernego, w miarę możliwości, rozłożenia w czasie obowiązywania umowy udzielania świadczeń w ramach wynegocjowanej liczby świadczeń.

4. Zwiększenie wartości umowy może nastąpić w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:

1) Świadczeniodawca w pełni zrealizował niniejszą umowę w liczbie lub kwocie wynegocjowanych świadczeń, z zastrzeżeniem § 2 ust. 7;

2) świadczenia udzielono w stanie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) lub ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, zwiększenie wartości umowy następuje na pisemny wniosek Świadczeniodawcy zaopatrzone w podpis lekarza, który udzielił świadczenia oraz zaopiniowany przez konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, a w przypadku gdy jest on pracownikiem Świadczeniodawcy - przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

6. Zwiększenie wartości umowy następuje do kwoty wynegocjowanego kontraktu.

§ 4

1. Finansowaniem na podstawie niniejszej umowy zostają objęte świadczenia udzielone od (*data zakończenia postępowania konkursowego*) do 31 grudnia 2011 roku oraz rozpoczęte

do dnia 31 grudnia 2011 roku i kontynuowane po tej dacie do czasu ich zakończenia, zgodnie z zakresem świadczenia, określonym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

2. Finansowanie odbywać się będzie na podstawie miesięcznych rozliczeń, o których mowa w § 5.

3. Wykonanie umowy poniżej 60% w stosunku do harmonogramu, o którym mowa § 3 ust. 1, zobowiązuje strony, na wniosek Zleceniodawcy, do zmiany niniejszej umowy dostosowującej ją do nowych okoliczności.

§ 5

1. Świadczeniodawca prześle Zleceniodawcy miesięczne rozliczenie merytoryczno-finansowe w terminie do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego rozliczenie dotyczy, sporządzone z użyciem programu komputerowego, o którym mowa w § 6 ust. 1, wykonane według wzoru określonego w załączniku nr 2 do niniejszej umowy, wraz z fakturą VAT, z zastrzeżeniem ust. 2. W rozliczeniu należy ująć wyłącznie świadczenia, których udzielanie zakończono.

2. Rozliczenie oraz fakturę, o których mowa w ust. 1:

1) za okres od dnia 1 grudnia 2011 roku do dnia 15 grudnia 2011 roku - Świadczeniodawca złoży w nieprzekraczalnym terminie do dnia 18 grudnia 2011 roku;

2) za okres od dnia 16 grudnia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku - Świadczeniodawca złoży w nieprzekraczalnym terminie do dnia 7 stycznia 2012 roku;

3) z tytułu realizacji świadczeń rozpoczętych w 2011 roku i kontynuowanych w 2012 roku - Świadczeniodawca złoży w nieprzekraczalnym terminie do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego rozliczenie dotyczy, nie później jednak niż do dnia 7 marca 2012 roku.

3. W przypadku udzielenia przez Świadczeniodawcę świadczenia w stosunku do osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Świadczeniodawca prześle wraz z rozliczeniem oraz fakturą, o których mowa w ust. 1, Zleceniodawcy:

1) kopię dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;

2) w przypadku świadczeń udzielonych na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego - oświadczenie, iż leczenie zostało udzielone w trybie niezbędnym ze wskazań medycznych w rozumieniu art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. U. UE L 71 z dnia 5 lipca 1971 r., z późn. zm.).

4. Zleceniodawca prześle Świadczeniodawcy środki publiczne za świadczenia udzielone w ramach realizacji niniejszej umowy w danym miesiącu, w terminie 14 dni od daty zatwierdzenia przez Zleceniodawcę, pod względem merytorycznym i finansowym, rozliczenia, o którym mowa w ust. 1, oraz faktury, o której mowa w ust. 1, które będzie uzależnione:

1) w przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 7 – od złożenia oświadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 8.

2) w przypadku udzielenia świadczenia w stosunku do osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – od złożenia dokumentów, o których mowa w ust. 3.

Za świadczenia, których udzielanie zakończono w okresie od dnia 1 grudnia 2011 roku do dnia 15 grudnia 2011 roku zapłata nastąpi do dnia 31 grudnia 2011 roku, z uwzględnieniem przepisu ust. 5.

5. Finansowanie świadczeń objętych niniejszą umową, rozpoczętych do dnia 31 grudnia 2011 roku i kontynuowanych w 2012 roku, zostanie dokonane ze środków finansowych ustalonych jako wydatki, które nie wygasają z upływem roku budżetowego, albo ze środków budżetowych 2012 roku.

6. Warunkiem przekazania środków jest zatwierdzenie przez Zleceniodawcę, pod względem merytorycznym i finansowym, złożonych przez Świadczeniodawcę prawidłowo sporządzonych i zgodnych ze stanem faktycznym rozliczeń i faktur, o których mowa w ust. 1.

7. Nie wywiązywanie się Świadczeniodawcy z terminowego składania dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 3, może skutkować przesunięciem przekazania środków przez Zleceniodawcę na kolejny termin rozliczeń. Przepis ten stosuje się wprost w przypadku niezgłoszenia przez Świadczeniodawcę danych dotyczących zakończonego świadczenia do rejestru, o którym mowa w § 6 ust. 1.

8. Środki publiczne będą przekazywane Świadczeniodawcy na jego rachunek:

[bank]

[konto]

9. Za właściwe podanie numeru rachunku odpowiada Świadczeniodawca.

10. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Zleceniodawcy.

11. Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z tytułu udzielonych na podstawie niniejszej umowy świadczeń, sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy, Świadczeniodawca przekazuje Zleceniodawcy nie później niż do dnia 15 marca 2012 roku, z zastrzeżeniem ust. 14.

12. W razie wcześniejszego rozwiązania umowy, Świadczeniodawca zobowiązany jest złożyć końcowe rozliczenie, o którym mowa w ust. 11, z tytułu wykonania umowy za cały okres jej obowiązywania, w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozwiązano niniejszą umowę.

13. W przypadku dokonania korekty rozliczeń oraz faktur, o których mowa w ust. 1, Świadczeniodawca składa te dokumenty wraz ze szczegółowym uzasadnieniem przyczyny sporządzenia korekty niezwłocznie po stwierdzeniu nieprawidłowości, nie później jednak niż do dnia 15 marca 2012 roku.

14. W przypadku konieczności dokonania zwrotu przekazanych wcześniej środków finansowych wynikającego z korekty, o której mowa w ust. 13, Świadczeniodawca zwraca te środki wraz z ustawowymi odsetkami za okres od dnia otrzymania przez Świadczeniodawcę środków publicznych, które podlegają zwrotowi do dnia ich zwrotu, na rachunek bankowy Ministerstwa Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia sporządzenia korekty i wystawienia faktury korygującej.

15. Jeżeli korekta rozliczeń i zwrot środków finansowych wynika z konieczności nietypowego rozliczenia świadczenia odsetek się nie nalicza. Nietypowe rozliczenie świadczenia stosuje się, kiedy z różnych, uzasadnionych powodów zaprzestano wykonywania świadczenia lub, kiedy zachodzi potrzeba powtórnego udzielenia tego samego świadczenia u tego samego pacjenta w okresie objętym świadczeniem poprzednim, przy czym czas pomiędzy zaprzestaniem wykonywania świadczenia lub ponownym udzieleniem świadczenia, a zakończeniem pierwszej procedury przeszczepiania jest krótszy niż 6 godzin. W przypadku wystąpienia konieczności nietypowego rozliczenia świadczenia, Świadczeniodawca jest zobowiązany do powiadomienia o tym Zleceniodawcy w terminie 7 dni od udzielenia świadczenia, oraz przekazania kosztorysu i faktur w terminie 14 dni od udzielenia świadczenia.

16. Obliczenie właściwej wysokości zwrotu środków należy do Świadczeniodawcy.

17. Faktury, wystawione na: „Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, NIP: 525-19-18-554”, wraz z rozliczeniami i sprawozdaniami Świadczeniodawca będzie składał Zleceniodawcy na piśmie, z podaniem adresu: „Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa”. Rozliczenia i sprawozdania Świadczeniodawca będzie składał także w formie elektronicznej, w sposób określony przez Zleceniodawcę. Przepisy te stosuje się odpowiednio do korekt i faktur korygujących.

18. Na wniosek Zleceniodawcy, Świadczeniodawca zobowiązuje się udzielić w każdym czasie wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji niniejszej umowy, w tym także bieżących rozliczeń.

§ 6

1. Prowadzenie listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „listą” oraz rozliczanie udzielania świadczeń (rozliczenia, o których mowa w § 5 ust. 1 i 11, harmonogram, o którym mowa w § 3 ust. 1, oraz inne sprawozdania konieczne dla prawidłowego rozliczania świadczeń) Świadczeniodawca wykonuje z użyciem programu komputerowego dostarczonego przez Zleceniodawcę.

2. Po zakwalifikowaniu pacjenta do udzielenia świadczenia, Świadczeniodawca wprowadza dane pacjenta na listę.

3. Świadczeniodawca rejestruje dane dotyczące rozpoczętego świadczenia z użyciem programu komputerowego, o którym mowa w ust. 1, w terminie 7 dni od daty rozpoczęcia udzielania świadczenia.

4. Po udzieleniu świadczenia Świadczeniodawca rejestruje dane dotyczące udzielonego świadczenia, z użyciem programu komputerowego, o którym mowa w ust. 1, w terminie 7 dni od daty zakończenia udzielania świadczenia.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia bezpieczeństwa i poufności danych rejestrowanych przy użyciu programu komputerowego, o którym mowa w ust. 1, a w szczególności do wykonywania tzw. „archiwalnych kopii bezpieczeństwa”.

6. Świadczeniodawca prowadzi odrębną ewidencję księgową dla świadczeń udzielanych na podstawie niniejszej umowy.

§ 7

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać zadania i czynności wynikające z niniejszej umowy ze szczególną starannością, w sposób rzetelny i terminowy. Zleceniodawca może uznać, za nierzetelność Świadczeniodawcy, rozbieżność pomiędzy harmonogramem o którym mowa w § 3 ust. 1 a poziomem realizacji umowy po III kwartale, w przypadku, gdy poziom realizacji procedur będzie mniejszy o ponad 15% w stosunku do tego harmonogramu..

2. Stwierdzenie przez Zleceniodawcę niestaranności, nierzetelności lub nieterminowości w realizacji niniejszej umowy może stanowić podstawę do rozwiązania niniejszej umowy z zachowaniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 1.

3. W przypadku nierzetelnego wykonywania niniejszej umowy w zakresie liczby realizowanych świadczeń oraz braku propozycji Świadczeniodawcy dotyczącej wprowadzenia zmian w umowie, Zleceniodawca po zakończeniu III kwartału roku, na który została zawarta umowa, może wprowadzić zmiany polegające na pomniejszeniu wartości umowy. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Świadczeniodawca

zobowiązuje się do podpisania aneksu do niniejszej umowy przekazanego przez Zleceniodawcę oraz odesłania go Zleceniodawcy w terminie 7 dni od dnia otrzymania aneksu.

4. W przypadku niezastosowania się przez Świadczeniodawcę do wymogu, o którym mowa w ust. 3:

1) Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia określonego w § 12 ust. 1 pkt 1;

2) wartość umowy ze Świadczeniodawcą na rok kolejny zostanie pomniejszona o wysokość niewykorzystanych środków finansowych w ramach niniejszej umowy.

5. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo dochodzenia kary umownej w wysokości do 2% wartości umowy, w przypadku stwierdzenia niestaranności, nierzetelności lub nieterminowości w jej realizacji.

§ 8

1. Jeżeli w okresie udzielania świadczenia, z ważnych powodów zajdzie konieczność przekazania pacjenta do innej jednostki, Świadczeniodawca zobowiązany jest do rozliczenia się z tą jednostką w zakresie leczenia wchodzącego w skład niniejszego świadczenia, tj. w zakresie intensywnej opieki pooperacyjnej do upływu 36 godzin od wykonania świadczenia.

2. Zastosowanie przy udzielaniu świadczenia podwariantu określonego w § 2 ust. 1 pkt 6 załącznika 1A do niniejszej umowy, wymaga od Świadczeniodawcy wynegocjowania i zawarcia z Ministrem Zdrowia umowy na udzielanie świadczenia wymienionego pod nr 12 w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji.

§ 9

Na okres obowiązywania niniejszej umowy Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.

§ 10

Świadczeniodawca zobowiązuje się, że świadczenia zdrowotne wykonywane na podstawie umów zawartych z innymi podmiotami lub osobami fizycznymi nie będą miały wpływu na rzetelność, ilość oraz dostępność do świadczeń, których udzielanie jest przedmiotem niniejszej umowy.

§ 11

1. W trakcie obowiązywania niniejszej umowy oraz po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu, Zleceniodawca lub osoba przez niego upoważniona może przeprowadzić u Świadczeniodawcy kontrolę w zakresie oceny:

1) zgodności realizowanych zadań z zadaniami określonymi w załączniku nr 1 do niniejszej umowy;

2) sposobu i rodzaju prowadzenia dokumentacji, określonej w przepisach szczególnych oraz niniejszej umowie;

3) stanu realizacji umowy;

- 4) prawidłowości dokonywania rozliczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 i 11.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się udostępnić Zleceniodawcy lub osobie przez niego upoważnionej, która posiada prawo wykonywania zawodu lekarza, dokumentację medyczną pacjentów, którym udzielono świadczenia.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawdy w podanych Zleceniodawcy danych i informacjach, mających ujemny wpływ na jakość udzielania świadczenia lub stwarzających zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia określonego w § 12 ust. 1 pkt 1.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wykonaniu niniejszej umowy Zleceniodawca zaleca ich usunięcie w wyznaczonym terminie, a w razie rażących uchybień lub niezastosowania się do zaleceń, Zleceniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia określonego w § 12 ust. 1 pkt 1.

§ 12

1. Umowa może zostać rozwiązana na piśmie przez każdą ze stron:
- 1) z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, w szczególności z przyczyn, których żadna ze stron nie przewidziała w chwili zawarcia umowy;
 - 2) bez zachowania okresu wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym:
 - a) w razie stwierdzenia nie spełnienia wymogu, o którym mowa w § 7 ust. 3,
 - b) w razie stwierdzenia nie spełnienia wymogu, o którym mowa w § 9,
 - c) w przypadkach, o których mowa w § 11 ust. 3 i 4,
 - d) w przypadku, gdy przez 3 miesiące:
 - od daty zakończenia udzielania świadczenia Świadczeniodawca nie rozpoczął udzielania kolejnego świadczenia,
 - od dnia podpisania umowy Świadczeniodawca nie rozpoczął udzielania świadczenia.
2. Umowa może być rozwiązana na piśmie w każdym czasie za zgodną wolą obu stron.

§ 13

Ewentualne spory mogące wyniknąć między stronami w związku z realizacją niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 14

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron, w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 4.
2. Sporządzanie aneksu nie jest wymagane w przypadku:
- 1) zmiany numeru rachunku bankowego, o którym mowa w § 5 ust. 8;
 - 2) zmiany nazwy Świadczeniodawcy lub jego przekształcenia;
 - 3) zmiany organu założycielskiego lub właściciela Świadczeniodawcy;
 - 4) zmiany na stanowisku kierownika zakładu;
 - 5) zmiany danych w krajowym rejestrze sądowym lub rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, Świadczeniodawca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zleceniodawcę na piśmie, podpisanym przez kierownika zakładu oraz osobę pełniącą funkcję głównego księgowego. Informacja ta powinna zawierać w szczególności: nazwę banku, numer rachunku Świadczeniodawcy, zapis: *„Dotyczy środków publicznych przekazywanych na realizację umów na świadczenia wysokospecjalistyczne*

finansowane z budżetu państwa w 2011 r.” oraz datę, od której obowiązuje wymieniona zmiana

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 2-5 Świadczeniodawca składa odpowiednie oświadczenie podpisane przez kierownika zakładu i głównego księgowego oraz stosowne dokumenty potwierdzające dokonane zmiany.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie w szczególności:

- 1) Kodeks Cywilny;
- 2) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011, Nr 112, poz. 654)
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.);
- 4) ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114, z późn. zm.);
- 5) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. Nr 139, poz. 1140.).

§ 16

Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od (*data zakończenia postępowania konkursowego*), z uwzględnieniem przepisów § 4 ust. 1 oraz § 5 ust. 2-7, 11 i 13.

§ 17

Umowę sporządzono w 4 egzemplarzach, po dwa dla każdej ze stron.

ZLECENIODAWCA:

ŚWIADCZENIODAWCA:

**Definicja świadczenia wysokospecjalistycznego
„operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym”**

Świadczenie wysokospecjalistyczne: „operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym”, zwane dalej „świadczeniem” obejmuje:

- 1) przygotowanie pacjenta do zabiegu od chwili przekazania na blok operacyjny;
- 2) znieczulenie ogólne;
- 3) wykonanie operacji w krążeniu pozaustrojowym;
- 4) zastosowanie koniecznych leczniczych środków technicznych lub biologicznych;
- 5) intensywną opiekę pooperacyjną w warunkach odpowiadających oddziałowi intensywnej terapii do ukończenia 36 godzin po zabiegu;
- 6) ocenę wyniku i ocenę wyniku i raportowanie do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych według zasad określonych przez Zleceniodawcę;
- 7) archiwizację danych.

Warianty i podwarianty udzielania świadczenia wysokospecjalistycznego „operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym”

§ 1

Świadczenie może być udzielane w następujących wariantach:

- 1) zabieg na sercu lub aorcie bez użycia leczniczego środka technicznego lub z użyciem leczniczego środka technicznego o wartości mniejszej od wartości zastawki mechanicznej – oznaczony symbolem **9.1**;
- 2) zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki mechanicznej lub innych wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki mechanicznej – oznaczony symbolem **9.2**;
- 3) zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki biologicznej lub innych wszczepialnych środków porównywalnej z ceną zastawki biologicznej – oznaczony symbolem **9.3**;
- 4) zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek mechanicznych lub innych wszczepialnych środków technicznych lub biologicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek mechanicznych oraz reoperacja serca i dużych naczyń (za wyjątkiem ASDII), a także zabieg trombendarterektomii płucnej u chorych z przewlekłą zatorowością płucną – oznaczony symbolem **9.4**;
- 5) zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek biologicznych lub innych wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek biologicznych – oznaczony symbolem **9.5**;
- 6) zabieg na sercu lub aorcie - tętniaki aorty z zastosowaniem protez, konduktów naczyniowych syntetycznych lub biologicznych (homograftów, ksenograftów) – oznaczony symbolem **9.6**.

§ 2

1. Warianty świadczeń określone w § 1, w zależności od zastosowania dodatkowych urządzeń lub metod leczenia, mogą być wykonane w następujących podwariantach:

- 1) zabieg w dowolnym wariantcie opisanym w § 1 bez stosowania dodatkowych środków lub urządzeń lub metod leczenia – oznaczony literą „**A**”;
- 2) zabieg opisany w § 1 z zastosowaniem biopompy – oznaczony literą „**B**”;
- 3) zabieg opisany w § 1 z zastosowaniem ECMO – oznaczony literą „**C**”;
- 4) zabieg opisany w § 1 z zastosowaniem leczenia nerkozastępczego – oznaczony literą „**D**”;
- 5) zabieg opisany w § 1 z zastosowaniem ablacji – oznaczony literą „**E**”;
- 6) zabieg opisany w § 1 zakończony wszczepieniem pulsacyjnych sztucznych komór (lub komór) – oznaczony literą „**F**”;
- 7) zabieg opisany w § 1 z wszczepieniem stałego stymulatora serca wraz z wszczepieniem elektrody – oznaczony literą „**G**”;
- 8) zabieg opisany w § 1 z zastosowaniem balonu do kontrpulsacji wewnątrzortalnej – oznaczony literą „**H**”;
- 9) zabieg opisany w § 1 z równoczesnym zastosowaniem technik kardiologii inwazyjnej - oznaczony literą „**I**”;
- 10) zabieg opisany w § 1 z równoczesnym wykonaniem pomostowania tętnic wieńcowych – oznaczony literą „**J**”.

2. Oznaczenia świadczeń uzupełnia się wówczas poprzez dodanie do symbolu świadczenia odpowiednio wyżej wymienionych oznaczeń literowych jednego lub kilku zastosowanych podwariantów, oddzielając je od siebie kropkami.

Załącznik nr 4

Harmonogram udzielania w 2011 r. zakontraktowanej liczby świadczeń

Pieczęć jednostki

Nr i nazwa świadczenia wysokospecjalistycznego: 9 - „operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym”

Nazwa jednostki:

Nr umowy:

Nr wariantu świadczenia	Wynegocjowana na cenę jednostkowa wariantu		Miesiąc												2011r. ogółem
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
			Świadczenia ogółem												
9.1		ilość													
		wartość													
9.2		ilość													
		wartość													
9.3		ilość													
		wartość													
9.4		ilość													
		wartość													
9.5		ilość													
		wartość													
9.6		ilość													
		wartość													
Razem		ilość													
		wartość													
			Świadczenia w stosunku do dzieci												
9.1		ilość													
		wartość													
9.2		ilość													
		wartość													
9.3		ilość													
		wartość													
9.4		ilość													
		wartość													
9.5		ilość													

		wartość													
9.6		ilość													
		wartość													
Razem		ilość													
		wartość													

Nr podwariantu świadczenia	Wynegocjowana na cenę jednostkowa podwariantu		Miesiąc												2011 r. ogółem
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Świadczenia ogółem															
A		ilość													
		wartość													
B		ilość													
		wartość													
C		ilość													
		wartość													
D		ilość													
		wartość													
E		ilość													
		wartość													
F		ilość													
		wartość													
G		ilość													
		wartość													
H		ilość													
		wartość													
I		ilość													
		wartość													
J		ilość													
		wartość													
Razem		ilość													
		wartość													
Świadczenia w stosunku do dzieci															
A		ilość													
		wartość													
B		ilość													
		wartość													
C		ilość													
		wartość													
D		ilość													
		wartość													

E		ilość													
		wartość													
F		ilość													
		wartość													
G		ilość													
		wartość													
H		ilość													
		wartość													
I		ilość													
		wartość													
J		ilość													
		wartość													
Razem		ilość													
		wartość													

Miejscowość i data:

Główny Księgowy

Dyrektor

.....
(podpis i pieczęć)

.....
(podpis i pieczęć)

Sporządzający:
Telefon:
Adres e-mail:

Miejsce, dn. dd-mm-rrrr

[Nazwa jednostki]
Adres

Ministerstwo Zdrowia
Warszawa

Oświadczenie

[Nazwa jednostki] informuje, iż w terminie od [dzień miesiąc rok] do [dzień miesiąc rok], wykonał[a] następujące procedury wysokospecjalistyczne, stanowiące przekroczenie liczby zabiegów w wariantach (i podwariantach), określonych w umowie Nr

1. [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem [numer świadczenia.wariant],
2. [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem [numer świadczenia.wariant],
3. [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem [numer świadczenia.wariant],
4. [liczba] świadczeń w wariantcie oznaczonym symbolem [numer świadczenia.wariant].

Mając powyższe na uwadze, [Nazwa jednostki] przekazuje, iż pomimo zmian w ilościowym wykonaniu poszczególnych wariantów i podwariantów, kwota środków finansowych przekazanych na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych nie uległa zmianie.

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis)