Załącznik do zarządzenia Nr 214/2021/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 22.12.2021 r.

Załącznik nr 2

**WZÓR  
UMOWA  
Nr……...../……....  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego  
PRZEDMIOT UMOWY**

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# nr ………….……… z dnia ………………………… /i nr ………….……… z dnia …………………………/, zwanym dalej „Funduszem”,

a

...............................................................................................................................................................,

*(oznaczenie świadczeniodawcy prowadzącego centrum zdrowia psychicznego, o którym mowa w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, z późn. zm.): 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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem pilotażowym”.

2. Świadczenia objęte programem pilotażowym, o których mowa w ust. 1, określone są w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1 do umowy**.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z rozporządzeniem pilotażowym, a ponadto zgodnie 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) 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, zwanym dalej „rozporządzeniem koszykowym”,

- 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) z warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę spełniającego wymagania określone w rozporządzeniu pilotażowym.

2. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń objętych pilotażem na zlecenie Świadczeniodawcy:

1) zgodnie z przepisami rozporządzenia pilotażowego;

2) wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.

3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy lub podwykonawców przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram-zasoby”.

4. Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem” jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli każdego podmiotu biorącego udział w realizacji niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy.

5. Zaprzestanie udzielania świadczeń przez podwykonawcę wymienionego w załączniku nr 3 do umowy lub zlecenie udzielania świadczeń innemu podwykonawcy, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.

7. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 6, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

**§ 3.**Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone z związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 4.**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. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą iloczyn liczby punktów i średniej ceny jednostkowej w województwie, przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń udzielonych osobom zamieszkującym obszar inny niż obszar działania centrum zdrowia psychicznego, o którym mowa w § 2 pkt 1 rozporządzenia pilotażowego.

3. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę ryczałtu na populację, o którym mowa w § 2 pkt 8 rozporządzenia pilotażowego.

4. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

5. 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.

6. Kwoty, o których mowa w ust. 1, określone są w załączniku nr 1 do umowy stanowiącym Plan rzeczowo – finansowy.

7. W przypadku niewykorzystania przez Świadczeniodawcę środków przekazanych przez Fundusz, w sposób, o którym mowa w § 24 ust. 1 rozporządzenia pilotażowego, kwota niewykorzystanych środków podlega zwrotowi w terminie 90 dni od dnia zakończenia rozliczenia, o którym mowa w § 24 ust. 3 rozporządzenia pilotażowego.

8. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: ……………………………………………………

nr………………………………………………………………….…………..…………………

9. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 8, 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 określony jest w **załączniku nr 4 do umowy**.

10. Faktury z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesyłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu informatycznego udostępnianego przez Fundusz, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

11. Liczbę świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałą na obszarze działania centrum według stanu na 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest określona wysokość ryczałtu na populację na rok następny, określa **załącznik nr 5 do umowy**.

**INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW**

**§ 5.**1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym, zgodnie z Katalogiem świadczeń określonym w załączniku nr 3 i 4 do zarządzenia, o którym mowa § 1 ust. 3 pkt 2 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)

– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresach wskazanych w załącznikach nr 3 i 4 do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 2.

**KARY UMOWNE**

**§ 6.**1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy lub innych podmiotów biorących udział w realizacji umowy, 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), 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. Naruszenie § 30 ust. 1:

1) pkt 1 lit. b i e załącznika do Ogólnych warunków umów, skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania;

2) pkt 2 lit. c załącznika do Ogólnych warunków umów, skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 1% kwoty zobowiązania.

6. W przypadku niewykorzystania przez Świadczeniodawcę środków przekazanych przez Fundusz, w sposób o którym mowa w § 24 ust. 1 rozporządzenia pilotażowego, w terminie wskazanym w § 4 ust. 8, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

7.  W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a 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.

8. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 -7, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

9. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 7.**1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …………….….….… r. do dnia ………..….…….. r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

**§ 9.**W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1.

**§ 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;

5) **załącznik nr 5 do umowy** – Populacja objęta pilotażem.

|  |  |
| --- | --- |
| **PODPISY STRON** | |
| **............................................................** | **............................................................** |
| **............................................................** | **............................................................** |
| **Fundusz** | **Świadczeniodawca** |

Załącznik Nr 1 do umowy

**PLAN RZECZOWO - FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr ………………………..  w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego                                                                     wersja ……** | | | | | | | **Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:……….. OW NFZ** | | | |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ | | |  | | | | | | | |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | |  | | | | | | | |
| **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) | |
|  |  |  |  |  | **ryczałt** |  | |  | **0,00** | |
|  |  |  |  |  | **pkt** |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | **pkt** |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | **pkt** |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | **pkt** |  | |  |  | |
| **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* | | | |  | |  | |  | | |
| 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* | | | |  | |  | |  | | |
| 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* | | | |  | |  | |  | | |
| 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 | | | | | | | | |  |  |

Załącznik Nr 2 do umowy

**HARMONOGRAM ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 2 do umowy nr ………………………………….** | | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | **w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego** | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I. Osoby personelu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Id  osoby (a) | Nazwisko (b) | | Imiona (c) | | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | | | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Tyg.liczba godzin (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) | Status \*\* |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| **II. Zakres świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | |
| Pozycja |  | Kod zakresu | |  | | Nazwa zakresu | |  | | | | | | |
| **III. Miejsce udzielania świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 \*\* |
|  |  |  | | |  | | | | |  |  |  | |  |
| **IV. Dostępność miejsca udzielania świadczeń** | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| pn (a) | wt (b) | śr (c) | czw (d) | pt (e) | sob (f) | nd (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status \*\* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V. 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. 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\* 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 | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do umowy

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr …..  do umowy nr …………………………** | | | |
| **w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego** | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY** |  | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR) |  | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe podwykonawcy** | | | |
| Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru |  |
| Organ rejestrujący |  | Data wpisu |  |
| Data ostatniej aktualizacji |  |
| **Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa** | | | |
| 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 | | | |

Załącznik Nr 4 do umowy

**WNIOSEK W SPRAWIE ZMIANY RACHUNKU BANKOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Miejscowość …………………………………………………. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data ………………………………….. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod Oddziału Wojewódzkiego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane Świadczeniodawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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\* | | | |  | | |

Załącznik Nr 5 do umowy

**POPULACJA OBJĘTA PILOTAŻEM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
| **Załącznik nr 5 do umowy nr………………………………………w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego - populacja objeta pilotażem** | | | **Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:……….. OW NFZ** | |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ | | |  | |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | |  | |
| Obszar działania centrów wraz z kodem jednostki podziału terytorialnego (TERYT) | | |  | |
| Liczba mieszkańców pow 18 r.z. zamieszkujących obszar działania centrum wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w któym jest określana wysokość ryczałtu na populacje na rok następny. | | |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| data sporządzenia | | |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Fundusz\* | | | Świadczeniodawca\*\* | |
|  |  |  |  |  |
| \*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem | | | | |
| \*\*pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | |