

ANEKS NR 14
DO UMOWY Nr 18/8/3201032/01/2024/01
o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”

zawarty we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Dariusz Kłos na podstawie pełnomocnictwa nr 324/2023 z dnia 23.10.2023 r. udzielonego przez Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Łukasza Sendeckiego działającego na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ nr 18/2023 z dnia 10.02.2023 r., zwanym dalej „**Funduszem**”

a

SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, Wałbrzych, ul. Alfreda Sokołowskiego 4, 58-309 WAŁBRZYCH

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”,
reprezentowanym przez: Jolanta Królak

Na podstawie § 32 ust.1 i 2 oraz 43 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r., poz. 1194 z późn.zm.), w związku z art. 353¹ k.c. strony zgodnie ustaliły, co następuje:

§ 1

Określona we wstępie umowa otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.

§ 2

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia **1 stycznia 2025 r.**

§ 3

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

PODPISY STRON

.....
Świadczeniodawca

.....
Fundusz

UMOWA
Nr 18/8/3201032/01/2025/01
o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”

zawarta we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dariusz Kłos na podstawie pełnomocnictwa nr 324/2023 z dnia 23.10.2023 r. udzielonego przez Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Łukasza Senddeckiego działającego na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ nr 18/2023 z dnia 10.02.2023 r., zwanym dalej „Funduszem”,

a

SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, Wałbrzych, ul. Alfreda Sokołowskiego 4, 58-309 WAŁBRZYCH

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)

zwanym dalej „Świadczeniodawcą” lub „Realizatorem programu pilotażowego”,
reprezentowanym przez Jolanta Królak

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest wykonanie przez świadczeniodawcę procedur diagnostycznych, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, (Dz. U. poz. 1081), zwanym dalej „rozporządzeniem” w sposób, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z:
 - a) ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
 - b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”,
 - c) ogólnymi warunkami 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”;
 - d) warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia MZ, są udzielane na podstawie e-skierowania wygenerowanego po udzieleniu odpowiedzi na pytania wymienione w kwestionariuszu oceny ryzyka, zwanego dalej „Ankieta 40 PLUS”, za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub w inny sposób określony w rozporządzeniu MZ.
2. Dane o potencjale wykonawczym realizatora programu pilotażowego przeznaczone do realizacji umowy, określone są w załączniku nr 1 do umowy – „Harmonogram-zasoby”, z uwzględnieniem godzin wydawania wyników w godzinach pracy placówki.
3. Fundusz jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy.
4. Realizator programu pilotażowego obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji podmiotu realizującego umowę, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.
5. Realizator programu pilotażowego jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
6. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 2, 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.

7. Świadczenia programu pilotażowego mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
8. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 2 i przepisach odrębnych.
9. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
10. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
11. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3.

1. Realizator programu pilotażowego, 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 Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1 w okresie od dnia 01-01-2025 r. do dnia 30-04-2025 r. wynosi maksymalnie 600,00 zł, słownie: (sześćset złotych zero groszy).
2. Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w ramach programu pilotażowego na podstawie danych o zrealizowanych badaniach diagnostycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia MZ w okresie rozliczeniowym.
3. Rozliczeniu i sfinansowaniu będą podlegały tylko te świadczenia, które w rzeczywistości zostały wykonane i sprawozdane do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465).
4. Do celów rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu pilotażowego stosuje się ceny jednostkowe za wykonane badania, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia MZ.
5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń określona w fakturze jest ustalana zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu.
6. Należności z tytułu realizacji zawartej umowy Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:
Dane posiadacza rachunku bankowego: Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, 58-309 WAŁBRZYCH Alfreda Sokołowskiego 4
nr 49 1020 3668 0000 5502 0452 1274.
7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzednio złożenia przez Świadczeniodawcę, w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy,
8. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 3, przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po miesiącu, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5.

Realizator programu pilotażowego jest zobowiązany do przekazania do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, danych dotyczących dokumentacji medycznej, w zakresie wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem, w ramach danych zdarzenia medycznego, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. poz. 1253).

KARY UMOWNE

§ 6.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie realizatora programu pilotażowego, Fundusz może nałożyć na realizatora programu pilotażowego karę umowną.
2. Niezależnie od postanowień ust. 1, 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 realizatora pilotażu karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2 nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
4. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 03-09-2021 r. do dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego, o którym mowa w rozporządzeniu pilotażowym, o którym mowa w § 3 pkt 1 rozporządzenia MZ.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

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

§ 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w § 1 pkt.2.

§ 10.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczeniodawca

Wykaz załączników do umowy:

załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby

załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców

załącznik nr 3 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 1 do umowy nr 18/8/3201032/01/2025/01
Program pilotażowy "Profilaktyka 40 Plus"

Pozycja	1	Kod zakresu	18.7110.001.02 - 1	Nazwa zakresu		PROFILAKTYKA 40 PLUS							
I. 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**
232655		PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ				WAŁBRZYZH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych				267	7110	HC.4.9.-10	
II. 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**		
08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00			01-01-2025		30-04-2025				
III. Personel													
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**		
01034843	WACH	AGNIESZKA	76080907249	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)					specjalista	4004430P			
Dostępność osoby personelu													
Pn (h)	Wt (i)	Śr (j)	Czw (k)	Pt (l)	Sob (m)	Nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)			
							P***	30:00	01-01-2025	30-04-2025			
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**		
01110957	SMOŁA-BRZYKCY	ALEKSANDRA	76052904807	Pielęgniarka					bez specjalizacji	4002354P			
Dostępność osoby personelu													
Pn (h)	Wt (i)	Śr (j)	Czw (k)	Pt (l)	Sob (m)	Nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)			
							P***	30:00	01-01-2025	30-04-2025			
IV. Sprzęt													
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status**		
311338	WAGA MEDYCZNA ZE WZROSTOMIERZEM				1		2021	w miejscu	01-01-2025	30-04-2025			
311339	STETOSKOP LEKARSKI				3		2020	w miejscu	01-01-2025	30-04-2025			
311340	SPRZĘT ANTROPOMETRYCZNY				1		2020	w miejscu	01-01-2025	30-04-2025			
311341	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI				1		0	w miejscu	01-01-2025	30-04-2025			

Data sporządzenia: 09-01-2025

Fundusz****

Świadczeniodawca*****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunęło
*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy
**** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
***** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr 2 do umowy nr 18/8/3201032/01/2025/01

Program pilotażowy "Profilaktyka 40 Plus"

BRAK PODWYKONAWCÓW

Data sporządzenia 09-01-2025

Fundusz**

Świadczeniodawca***

* 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

Miejscowość Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

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

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

Świadczeniodawca*

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