

/wersja bez lekarskiej opieki całodobowej oraz transportu/

Aneks
do umowy nr/..... o udzielanie świadczeń zdrowotnych
- podstawowa opieka zdrowotna

zawarty w, dnia roku,
pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem Wojewódzkim w
.....

z siedzibą:,
reprezentowanym przez, działającego na podstawie
pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia z
dnia, zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”

a

.....,
zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”.

§ 1.

W umowie z dnia Nr wprowadza się następujące zmiany:

1. w § 2 ust. 1 skreśla się określenie „całodobowe”;
2. w § 3 ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. Liczba ubezpieczonych objęta opieką może być ograniczona jedynie dostępnością do świadczeń.”, skreśla się ust. 3;
3. § 5 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. W ramach świadczeń POZ Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia ubezpieczonemu dostępu do świadczeń, w tym wizyt domowych zgodnych z zakresem jego kompetencji i badań diagnostycznych.”;
4. w § 5 ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do wykonywania badań diagnostycznych we własnym zakresie lub w placówkach diagnostycznych posiadających stosowne certyfikaty.”;
5. w § 5 ust. 4 otrzymuje brzmienie: „4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zgodnie z ustalonym przez siebie harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.”;

6. w § 5 dodaje się ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. Świadczeniodawca może zatrudniać lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, o ile przepisy powszechnie obowiązujące nie stanowią inaczej.
7. Lekarz POZ może skierować ubezpieczonego na zabiegi rehabilitacyjne określone w „Katalogu zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych”, zawartego w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia – Rehabilitacja Lecznicza”.”;
7. w § 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„ 1. Świadczeniodawca zobowiązuje się zabezpieczać świadczenia lekarza POZ od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 –18:00 za wyjątkiem dni świątecznych w miejscu wykonywania praktyki, w jednostkach organizacyjnych określonych w wykazie załączonym do oferty oraz, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga poprzez świadczenie wizyt domowych. Świadczeniodawca nie jest zobowiązany do zapewnienia daytimej i nocnej pomocy wyjazdowej, ambulatoryjnej opieki całodobowej oraz transportu sanitarnego.”;
8. w § 6 ust. 2 skreśla się określenie „pkt 1”;
9. skreśla się w § 6 ust. 3, 4, 6 i 7 i zmienia się odpowiednio numerację w ten sposób, że ustęp 5 otrzymuje nr 3;
10. w § 6 dodaje się nowy ust. 4 o brzmieniu:

„4. Informacja o udzielaniu świadczeń opieki całodobowej będzie wywieszona w siedzibie Świadczeniodawcy”;
11. w § 7 ust. 1 skreśla się słowa po wyrażeniu „od 8:00 do 18:00”;
12. w § 9 ust. 1 po słowie „świadczeń” zamiast przecinka stawia się kropkę, pozostałą treść ust. 1 skreśla się;
13. w § 9 ust. 2 skreśla się określenie „oraz podanie jego treści do publicznej wiadomości.”;
14. w § 11 w ust. 2 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 8”;
15. w § 11 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Lista, o której mowa w ust. 1, dotycząca stycznia 2004 roku będzie ustalona według stanu na dzień 31 grudnia 2003 roku. Należność z tytułu realizacji świadczeń za styczeń 2004 roku zostanie ustalona w proporcji 1/21 za każdy dzień udzielania świadczeń.”;

16. w § 12 ust. 2 skreśla się określenie „listem poleconym lub za poświadczeniem odbioru”;
17. w § 13 ust. 1 dopisuje się po słowie „z zastrzeżeniem” określenie „§ 11 ust. 8 i” oraz skreśla się określenie „i § 16”;
18. w § 13 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
”4a. Płatność za świadczenia z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej i położnej środowiskowo-rodzinnej odbywać się będzie wg następujących zasad:
- 1) w oddziałach wojewódzkich NFZ, w których do dnia 25.01.2004 r. podpisano protokoły uzgodnień w tej sprawie, uzgodnienia te zachowują ważność,
 - 2) w oddziałach wojewódzkich NFZ, w których do dnia 25.01.2004 r. nie podpisano uzgodnień w tej sprawie, płatność dokonana będzie wg listy zadeklarowanej w ofercie na świadczenia pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej i położnej środowiskowo-rodzinnej, pomniejszanej o liczbę pacjentów zadeklarowanych w każdym miesiącu do pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej i położnej środowiskowo-rodzinnej wykonujących zawód w innych zakładach opieki zdrowotnej lub praktykach pielęgniarek i położnych. Od dnia 1.10.2004 r. płatność następuje według zebranych list aktywnych. W przypadku nie zadeklarowania w ofercie listy na świadczenia pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej i położnej środowiskowo-rodzinnej podstawą jest lista zadeklarowana do lekarza POZ,
 - 3) dotychczas zebrane deklaracje wyboru zachowują ważność.”;
19. w § 16 skreśla się ustępy 1, 4, 5 i 7 i zmienia się odpowiednio numerację w ten sposób, że dotychczasowy ustęp 2 otrzymuje nr 1, ust. 3 – nr 2, ustęp 6 – nr 3;
20. w § 16 nowy ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Po upływie każdego półrocza, w oparciu o rejestr badań wykonywanych Świadczeniodawca zobowiązany jest do sporządzania sprawozdania z wykonania badań diagnostycznych, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 3** do umowy.”;
21. w § 16 ust. 2 i 6 zmienia się określenie „ust. 2” na „ust. 1”
22. w § 16 dodaje się ust. 4 w brzmieniu: „4. Świadczeniodawca pokrywa koszt badań diagnostycznych zleconych przez siebie.”;
23. w § 17 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 o treści: ”2. Płatność za świadczenia wynikające z umowy uważa się za dokonaną w dniu uznania rachunku Świadczeniodawcy.”;
24. w § 18 ust. 2 pkt 1) wykreśla się określenie „w tym poradę kontrolną”;

25. wprowadza się nowy wzór załącznika nr 3 do umowy.

§ 2.

W przypadku sprzeczności zapisów Szczegółowych Materiałów Informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia – podstawowa opieka zdrowotna z zapisami umowy obowiązują zapisy umowy.

§ 3

Aneks obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004 roku.

§ 4

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

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

PÓŁROCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Nazwa Świadczeniodawcy

Kod Świadczeniodawcy

Okres sprawozdawczy (półrocze)

L.P.	Wyszczególnienie	Kod badań diagnostycznych	Liczba badań diagnostycznych zrealizowanych w półroczu	Liczba populacji zadeklarowanej na koniec okresu rozliczeniowego
1.	Badania diagnostyczne			

Osoba sporządzająca:

Nazwisko i imię

Numer telefonu

..... dnia 2004r

.....

Dyrektor – Kierownik
pieczęć