

01/POZ/02/2004

**UMOWA Nr ...../.....**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
- PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA  
(nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska)**

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:  
**Narodowym Funduszem Zdrowia** - ..... **Oddziałem**  
Wojewódzkim w ..... z siedzibą: .....(ADRES),  
reprezentowanym przez ....., działającego na  
podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia z  
dnia ....., nr ....., zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”  
a  
.....,  
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”.

**DEFINICJE**

**§ 1.**

Ilekroć w umowie jest mowa o:

- 1) „**deklaracji**” – rozumie się przez to deklarację wyboru osoby udzielającej świadczeń przez ubezpieczonego, zgodną ze wzorem ustalonym przez Fundusz;
- 2) „**lekarzu POZ**” - rozumie się przez to lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) „**listach ubezpieczonych**” - rozumie się przez to listy osób, które złożyły pisemną deklarację wyboru lekarza POZ, stanowiące podstawę wypłaty przez Oddział Funduszu wynagrodzenia z tytułu umowy wg kapitacyjnej stawki rocznej;
- 4) „**oświadczeniu o objęciu opieką**” – rozumie się przez to oświadczenie o objęciu świadczeniami nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej osób znajdujących się na liście ubezpieczonych prowadzonej przez świadczeniodawcę współpracującego, zgodne ze wzorem ustalonym przez Fundusz;

- 5) „**świadczeniodawcy współpracującym**” – rozumie się przez podmiot realizujący na podstawie umowy o udzielanie świadczeń POZ świadczenia lekarza POZ, który złożył oświadczenie o objęciu opieką;
- 6) **nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej** – rozumie się przez to świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w formie porad ambulatoryjnych w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (święta) od godz. 8.00 do 8.00 dnia następnego;
- 7) „**POZ**” – rozumie się przez to podstawową opiekę zdrowotną.

## PRZEDMIOT UMOWY

### § 2.

1. Przedmiotem umowy jest kompleksowe organizowanie oraz udzielanie przez Świadczeniodawcę nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej na zasadach określonych w „**SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWIERANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA, w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej**”, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy wejdą w życie powszechnie obowiązujące przepisy, określające odmiennie zasady udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, strony zmienią lub rozwiążą umowę, w zakresie, w jakim będzie ona sprzeczna z przepisami powszechnie obowiązującymi

### § 3.

Uprawnionymi do świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej są ubezpieczeni w Funduszu znajdujący się na liście ubezpieczonych prowadzonej przez Świadczeniodawcę lub świadczeniodawcę współpracującego.

## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 4.**

1. W ramach umowy Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia ubezpieczonym dostępu do świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w przypadkach określonych w materiałach informacyjnych.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się zabezpieczać świadczenia udzielane przez lekarza od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00 - 8.00 dnia następnego, oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (święta) od godz. 8.00 do 8.00 dnia następnego.
3. Informacja o zasadach udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej, zawierająca co najmniej jeden numer telefonu stacjonarnego, powinna być umieszczona na tablicy wewnątrz i na zewnątrz budynku siedziby świadczeniodawcy oraz przekazywana jednostkom służb ratowniczych, na których terenie działania świadczeń udziela Świadczeniodawca.

## **INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW**

### **§ 5.**

1. Świadczeniodawca przedstawia Oddziałowi Funduszu wraz z rachunkiem listę świadczeniodawców współpracujących, zawierającą numery umów o udzielanie świadczeń POZ zawartych przez nich z Funduszem.
2. Podstawę do ustalenia liczby ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej stanowią listy ubezpieczonych prowadzone przez Świadczeniodawcę oraz świadczeniodawcę współpracującego, sporządzone na podstawie deklaracji.
3. Weryfikacja list ubezpieczonych następuje na zasadach określonych w odrębnej umowie o udzielanie świadczeń POZ, zawartej z Funduszem przez Świadczeniodawcę lub świadczeniodawcę współpracującego.

## WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

### § 6.

1. Na realizację świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej stanowiących przedmiot niniejszej umowy ustala się kapitacyjną stawkę roczną w wysokości ..... zł (*słownie: ..... złotych ..... grosze*).
2. Szczegółowe warunki finansowania świadczeń będących przedmiotem umowy określa **załącznik nr 1** do umowy.

### § 7.

Podstawę finansowania świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej za dany okres sprawozdawczy stanowią zweryfikowane przez Oddział Funduszu listy ubezpieczonych prowadzone przez Świadczeniodawcę oraz świadczeniodawców współpracujących

### § 8.

Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu umowy jest sumą miesięcznych kwot stanowiących iloczyn liczby ubezpieczonych objętych w danym okresie sprawozdawczym opieką przez Świadczeniodawcę oraz świadczeniodawcę współpracującego i stawki kapitacyjnej.

## OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

### § 9.

Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia .....** **do dnia .....**

### § 10.

W zakresie nieuregulowanym w niniejszej umowie stosuje się postanowienia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią integralną część umowy.

### § 11.

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

**PODPISY STRON**

.....

.....

.....

.....

**Świadczeniodawca**

**Oddział Funduszu**

**Załączniki do umowy:**

- 1) **Załącznik nr 1** - zakres i wysokość stawki kapitałowej.