

Umowa Nr/PPZ/2017

o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej
pn.: w roku 2017
zawarta w w dniu roku

pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim
w Katowicach z siedzibą: ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
reprezentowanym przez
Dyrektora
Pan
Jerzy Szafranowicz
zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”**

a

.....
zwaną (-ym,) dalej „Wnioskodawcą”

Niniejsza umowa, zwana dalej Umową, zostaje zawarta na podstawie decyzji Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Nr..... z dnia..... w przedmiocie dofinansowania, wydanej w na podstawie § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 roku w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem oraz w następstwie pozytywnego rozpatrzenia wniosku złożonego przez Wnioskodawcę o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 9).

Strony zawierają Umowę o następującej treści:

§ 1.

Przedmiot Umowy

- 1 Przedmiotem Umowy jest dofinansowanie w roku 2017 programu polityki zdrowotnej pod nazwą:.....
- którego opis został przedstawiony we wniosku.
- 2 Wnioskodawca oświadcza, iż jest realizatorem programu polityki zdrowotnej wskazanego pod nazwą w ust. 1, zwanego dalej Programem.

- 3 Wnioskodawca oświadcza, iż Program będzie realizował zgodnie z informacjami i oświadczeniami określonymi w złożonym wniosku o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej wskazanym pod nazwą w ust.1.
- 4 Wnioskodawca oświadcza, iż Program będzie realizował w sposób i na warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa.
- 5 Wnioskodawca oświadcza, iż posiada:
 - pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 3 pkt 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 poz. 1793 ze zm.),
 - pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych , oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015, poz. 1916).

§ 2.

Wysokość dofinansowania oraz warunki wypłaty środków

1. Kwota przyznanego w 2017 roku dofinansowania na realizację Programu wynosi maksymalnie, co stanowi % środków przewidzianych na realizację Programu przez Wnioskodawcę.
2. Przekazywanie środków, o których mowa w ust. 1, odbywa się na zasadzie refundacji poniesionych wydatków.
3. Wnioskodawca składa pisemny *Wniosek o wypłatę dofinansowania*, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do Umowy.
4. *Wniosek o wypłatę dofinansowania*, o którym mowa w ust. 3 może być przekazany do Oddziału Funduszu po poniesieniu wydatków, przy czym nie później niż do 08 grudnia 2017 r., tak aby wypłata kwoty dofinansowania mogła nastąpić do dnia 31 grudnia 2017 r.
5. Wypłata środków następuje w terminie 14 dni od dnia przedłożenia do Oddziału Funduszu kompletnego Wniosku o wypłatę dofinansowania, o którym mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7.
6. W przypadku stwierdzenia przez Oddział Funduszu nieprawidłowości w złożonym Wniosku o wypłatę dofinansowania lub załączonych do niego dokumentach rozliczeniowych, Wnioskodawca zobowiązany jest do ich usunięcia albo udzielenia niezbędnych dodatkowych informacji i wyjaśnień w wyznaczonym przez Oddział Funduszu terminie.

7. Do czasu usunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 6 Oddział Funduszu wstrzymuje wypłatę środków z tytułu Umowy. Wypłata środków nastąpi w terminie 14 dni od dnia usunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 6.
8. Oddział Funduszu prześle środki na dofinansowanie programu, maksymalnie do kwoty, o której mowa w ust. 1, na wydzielony rachunek bankowy Wnioskodawcy nr:(nr konta i nazwa banku).

§ 3.

Rozliczenie przekazanych środków.

1. Wnioskodawca zobowiązuje się do wydatkowania środków, o których mowa w § 2, w sposób najbardziej racjonalny z uwzględnieniem obowiązujących, w tym zakresie przepisów prawa oraz przy zastosowaniu miary szczególnej staranności.
2. Wnioskodawca w terminie 15 dni od dnia zakończenia Programu realizowanego w roku 2017, nie później niż do dnia 15 stycznia roku 2018, przekazuje Dyrektorowi Oddziału Funduszu *Sprawozdanie z realizacji Programu* określające działania podjęte w ramach Programu i koszty ich realizacji. Wzór Sprawozdania z realizacji Programu stanowi Załącznik nr 2 do Umowy.
3. W przypadku niedochowania terminu, o którym mowa w ust. 2, Oddział Funduszu może nałożyć na Wnioskodawcę karę umowną w wysokości 1 % kwoty wypłaconej z tytułu Umowy.
4. W przypadku nieprzedłożenia sprawozdania z realizacji Programu, o którym mowa w ust. 2, w terminie do 31 stycznia 2018 roku Wnioskodawca jest obowiązany do zwrotu środków przekazanych w ramach niniejszej umowy.
5. W przypadku środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem Wnioskodawca jest obowiązany do zwrotu równowartości środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie 15 dni od dnia stwierdzenia takiego wykorzystania.

§ 4.

Kontrola

1. Wnioskodawca zobowiązuje się do przedłożenia na żądanie Oddziału Funduszu wszelkich wyjaśnień i wszelkiej dokumentacji, niezbędnej do oceny prawidłowości wydatkowania środków przekazanych Wnioskodawcy w następstwie zawarcia Umowy.

2. Oddział Funduszu może żądać wyjaśnień i dokumentacji, o których mowa w ust. 1, zarówno w trakcie realizacji Programu, jak i po jego zakończeniu.

§ 5.

Odpowiedzialność wobec osób trzecich

Wnioskodawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją Programu.

§ 6.

Okres obowiązywania

Umowę niniejszą zawiera się na czas realizacji Programu w roku 2017 i ostatecznego rozliczenia środków przyznanych Wnioskodawcy z tytułu zawarcia Umowy zgodnie z § 3.

§7.

Forma pisemna

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8.

Spory między stronami

Ewentualne spory między stronami mogące wynikać w związku z realizacją umowy strony zobowiązują się załatwić polubownie, z poszanowaniem słuszych interesów każdej ze stron Umowy. W sytuacji jednak niedojścia do porozumienia spory będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla siedziby Oddziału Funduszu.

§ 9.

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, mają zastosowanie w szczególności:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t. j. Dz.U.2016, poz. 380 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. z 2017 r., poz. 9),

§ 10.

Załączniki do Umowy stanowią jej integralną część.

§ 11.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Oddziału Funduszu, drugi dla Wnioskodawcy.

Załączniki do Umowy:

1. Załącznik nr 1 – Wzór Wniosku o wypłatę dofinansowania;
2. Załącznik nr 2 – Wzór Sprawozdania z realizacji Programu.

.....

Wnioskodawca

.....

Oddział Funduszu

....., dnia
pieczęć instytucji

.....
.....
.....

**Wniosek o wypłatę dofinansowania
w wysokości nieprzekraczającej % środków wydatkowanych na realizację
Programu**

..... wnosi o wypłatę kwoty (słownie:.....)
z tytułu przyznanego dofinansowania programu:
....., zwanego dalej Programem, zgodnie
z Umową Nr..... z dnia.....

W załączeniu (nazwa jednostki) przedkłada dokumenty rozliczeniowe,
potwierdzające poniesienie wydatków związanych z realizacją tego Programu, które
stanowią podstawę wyliczenia kwoty, o wypłatę której występuje w niniejszym
wniosku.

Jednocześnie oświadczają, że przedłożone do rozliczenia dokumenty,
potwierdzają faktycznie poniesione wydatki na realizację Programu.

Wykaz załączonych dokumentów (kserokopia poświadczona za zgodność
z oryginałem faktury, rachunku, bądź innego dokumentu rozliczeniowego
dokumentującego fakt poniesienia wydatku związanego z realizacją Programu):

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

.....
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki
samorządu terytorialnego

.....
podpis głównego księgowego jednostki
samorządu terytorialnego

.....
pieczęć instytucji

Miejscowość, dnia

Sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej pn.

.....
w roku

A) SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z REALIZACJI PROGRAMU pn.....

1. Cel programu
2. Czy i w jakim wymiarze zostały osiągnięte zakładane w programie cele, a jeżeli nie to dlaczego
3. Czas realizacji programu
4. Kwota wydatkowana na realizację programu ogółem.....
5. Inne formy uzyskanego wsparcia od różnych podmiotów
6. Ilość osób objętych programem w roku 2017 ogółem....., oraz w poszczególnych etapach.....
7. Osiągnięte wyniki, opracowania z podjętych działań w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej itp:
.....
.....

.....
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki
samorządu terytorialnego

.....
podpis głównego księgowego jednostki
samorządu terytorialnego

B) ROZLICZENIE FINANSOWE

1. Wysokość przyznanych środków na realizację Programu
wroku:
2. Koszt realizacji Programu w.....roku:
.....

**Tabela nr 1: Wykaz zrealizowanych zadań w ramach Programu pn.
w 2017 roku**

L.p.	Zadanie	Planowana kwota ogółem	Zrealizowana kwota ogółem	Podmiot / os. fiz otrzymujący środki finansowe / realizator programu
Ogółem				

**Tabela nr 2: Wykaz dokumentów (rachunków, faktur lub innych dokumentów rozliczeniowych),
które stanowiły podstawę wydatkowanych przez Oddział Funduszu kwot dofinansowania
Programu pn.w 2017 roku**

L.p.	Nr dokumentu	Data wystawienia dokumentu	Realizator programu	Kwota dokumentu	Kwota sfinansowana przez ŚOW NFZ	Kwota sfinansowana ze środków własnych	Kwota sfinansowana z innych źródeł	Zadanie/zadania, którego/których dotyczy dokument
Ogółem								

.....
podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki
samorządu terytorialnego

.....
podpis głównego księgowego jednostki
samorządu terytorialnego