



UMOWA Nr 15000019/03/8/0009/0/17/21
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SYSTEMIE PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ

zawarta w Poznaniu, dnia 26-10-2017 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim w Poznaniu z siedzibą: 61-823 POZNAŃ ul. PIEKARY 14/15, reprezentowanym przez **DYREKTORA AGNIESZKĘ PACHCIARZ**, zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”

a

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI

ADRES: 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30

NIP: 7881750689 REGON: 639820004

(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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”,

reprezentowanym przez: **JANUSZ NOWAK**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, w profilach i zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, wydawanych na podstawie art. 31d ustawy, dotyczących świadczeń objętych umową, rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów” oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, na podstawie art. 136c ust. 5 ustawy, tj. zgodnie z zarządzeniem Nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 78/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2017 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 września 2017 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są:
 - 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;



- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, są określone w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
3. Świadczenia gwarantowane udzielane w ramach umowy mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
4. Świadczenia opieki kompleksowej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców i współrealizatorów, o których mowa w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych. Wzór „Wykazu współrealizatorów” określa **załącznik nr 4** do umowy.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń jedynie w zakresie określonym w szczegółowych warunkach umów, o których mowa w § 1 ust. 2.
6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i w warunkach umów.
7. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu 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.
8. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
9. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
10. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8 i 9, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Funduszu oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

§ 3.

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

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia **01-10-2017 r.** do dnia **31-12-2017 r.** wynosi maksymalnie **10 196 380,91 zł** (słownie: **dziesięć milionów sto dziewięćdziesiąt sześć tysięcy trzysta osiemdziesiąt zł dziewięćdziesiąt jeden gr**).
2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, w zakresie ryczału PSZ jest wyliczana na kolejne okresy rozliczeniowe zgodnie z postanowieniami § 5 zarządzenia.
3. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą realizację postanowień § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU¹⁾ w okresie od dnia **2017-10-01** do dnia **2017-12-31**, w wysokości **639 576,00 zł** (słownie: **sześćset trzydzieści dziewięć tysięcy pięćset siedemdziesiąt sześć zł zero gr**).
4. Środki, o których mowa w ust. 3, przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wykonującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU.
5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego OWU, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.

¹⁾ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1164).



6. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresach rozliczeniowych, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
7. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
Dane posiadacza rachunku bankowego: **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIE 64-300 NOWY TOMYŚL POZNAŃSKA 30 nr 37 1020 4144 0000 6702 0007 0227.**
8. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 7, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do umowy.
9. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).
10. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
11. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

KARY UMOWNE

§ 5.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub przez osobę nie będącą osobą uprawnioną 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 rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanych 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 2016 r. poz. 1536, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub przez osobę nie będącą osobą uprawnioną 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, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. W przypadku nieprzekazania przez Świadczeniodawcę informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia zmieniającego OWU, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
6. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU, zgodnie z porozumieniem albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, o których mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia zmieniającego OWU, albo sposobem podziału, o którym mowa w § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego OWU, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.
7. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 6, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01-10-2017 r. do dnia 30-06-2021 r.



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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7.

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

§ 8.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 9.

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 – Wykaz współrealizatorów;
- 5) Załącznik nr 5 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
imienia doktora Kazimierza Hołogi
w Nowym Tomysku
mgr Janusz Nowak

Z up. Dyrektora WOW NFZ
Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-finansowych
Magdalena Kraszewska



| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| PLAN RZECZOWO FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr 15-00-00019-17-19 (150000019/03/8/0009/0/17/21) rodzaj świadczeń: LECZENIE SZPITALNE | | | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 15-00-00019-17-19 OW NFZ | | |
| Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy nadany przez NFZ 150000019 | | Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | wersja: 00 SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI | | |
| Nr identyfikacyjny zakładu leczniczego nadany przez NFZ 58 | | Nazwa zakładu leczniczego zakwalifikowanego do poziomu zabezpieczenia świadczeń | SZPITAL POWIATOWY | | |

Okres rozliczeniowy od 2017-10-01 do 2017-12-31

| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Id zakładu leczniczego | Ryczałt PSZ | | | | Od | Do |
|---------|--|-----------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|------------|------------|
| | | | | | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) | | |
| 1 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.0000.010.17 | RYCZAŁT PSZ - SZPITAL I STOPNIA | 58 | RYCZAŁT | 3 | 2 041 920,11 | 6 125 760,34 | 2017-10-01 | 2017-12-31 |

| Nazwa profilu | Od | Do |
|---|------------|------------|
| ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| CHIRURGIA OGÓLNA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| CHOROBY WEWNĘTRZNE | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| NEONATOLOGIA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| NEUROLOGIA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| PEDIATRIA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR) | 2017-10-01 | 2017-12-31 |
| NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA | 2017-10-01 | 2017-12-31 |

| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Zakresy finansowane odrębnie | | | | Od | Do | Kod limitu |
|---------|--|-----------------------|--|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|--------------|------------|------------|------------|
| | | | | | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) | | | |
| 2 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 02.7220.072.02 | BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) | 22735 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 117437 | 1,03 | 120 960,11 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 3 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 02.0000.078.02 | BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - GASTROSKOPIA | 22677 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 21251 | 1,04 | 22 101,04 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 13 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.3300.008.03 | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | 22652 | RYCZAŁT | 92 | 13 217,00 | 1 215 964,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 14 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.0001.001.14 | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM - UE | 22652 | KWOTA (ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA PO KOSZTACH RZECZYWISTYCH) | 0 | 1,00 | 0,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 15 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 01.0000.162.16 | ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH I W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA POWYŻEJ 50 TYS. ŚWIADCZENIOBIORCÓW W ZAKRESIE UZUPEŁNIONYM | 58403 | RYCZAŁT MIESIĘCZNY | 3 | 125 000,00 | 375 000,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 16 | Art. 95l ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych | 01.0000.162.14 | ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH I W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY NA | 58403 | KWOTA (ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA PO KOSZTACH | 0 | 1,00 | 0,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |



| | h ze środków publicznych | | OBSZARZE ZABEZPIECZENIA POWYŻEJ 50 TYŚ. ŚWIADCZENIOBIORCÓW W ZAKRESIE UZUPEŁNIONYM - UE | | RZECZYWISTYCH) | | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------|---------------------|--------|----------|------------|------------|------------|--------------|
| 17 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.0000.328.02 | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY | 50625 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 703 | 1,00 | 703,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 18 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.0001.328.02 | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY | 50625 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 4012 | 1,00 | 4 012,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 22 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.4421.040.02 | NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA | 35134 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 0 | 1,00 | 0,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 23 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.4421.140.02 | NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA - N20, N24, N25 | 35134 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 305454 | 1,00 | 305 454,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 27 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.4580.991.02 | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNI W PSZ) | 38546 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 880586 | 1,00 | 880 586,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 31 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 03.4450.240.02 | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - N01, N20 | 22401 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 211675 | 1,00 | 211 675,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 40 | Art. 95i ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | 02.7250.072.02 | BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM) | 67334 | PUNKT ROZLICZENIOWY | 313393 | 0,94 | 294 589,42 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| 41 | Par. 4 ust. 4 rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 (Dz. U. z 2015 r, poz. 1628) | 00.9999.000.02 | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO OWU - PSZ | | PUNKT ROZLICZENIOWY | 532,98 | 1 200,00 | 639 576,00 | 2017-10-01 | 2017-12-31 | |
| Razem zakresy finansowane oddzielnie (w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł | | | | | | | | | | | 4 070 620,57 |

| Kod limitu | Wartość limitu(zł) |
|----------------------------|--------------------|
| Razem limity (kwota umowy) | 0,00 |

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł 10 196 380,91

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy całym okresie) - wartość w zł 10 196 380,91

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - ryczałt PSZ | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|-------------|----------------|---------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|--|--|
| Pozycja | 1 | Kod zakresu | 03.0000.010.17 | Nazwa zakresu | RYCZAŁT PSZ - SZPITAL I STOPNIA | | | | | | |
| | | | | | Styczeń | Luty | Marzec | | | | |
| | liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | | | | |
| | wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| | | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec | | | | |
| | liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | | | | |
| | wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| | | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | | | | |
| | liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | | | | |
| | wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| | | | | | Październik | Listopad | Grudzień | | | | |
| | liczba * cena | | | | 1,0000 * 2 041 920,34 | 1,0000 * 2 041 920,00 | 1,0000 * 2 041 920,00 | | | | |
| | wartość | | | | 2 041 920,34 | 2 041 920,00 | 2 041 920,00 | | | | |



| | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|
| Pozycja | 4 | Kod zakresu | 02.1222.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU | | | |
| Kod miejsca | 50517 | Nazwa miejsca | PORADNIA LECZENIA BÓLU | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 5 | Kod zakresu | 02.1222.401.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE | | | |
| Kod miejsca | 50517 | Nazwa miejsca | PORADNIA LECZENIA BÓLU | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 6 | Kod zakresu | 02.1220.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII | | | |
| Kod miejsca | 50515 | Nazwa miejsca | PORADNIA NEUROLOGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 7 | Kod zakresu | 02.1220.401.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE | | | |
| Kod miejsca | 50515 | Nazwa miejsca | PORADNIA NEUROLOGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 8 | Kod zakresu | 02.1580.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCIU | | | |
| Kod miejsca | 50511 | Nazwa miejsca | PORADNIA ORTOPEDEYCZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 9 | Kod zakresu | 02.1580.101.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA ZABIEGÓW W ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCIU-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1580.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 50511 | Nazwa miejsca | PORADNIA ORTOPEDEYCZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 10 | Kod zakresu | 02.1450.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII | | | |
| Kod miejsca | 50516 | Nazwa miejsca | PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 11 | Kod zakresu | 02.1450.101.02 | Nazwa zakresu | POBRANIE MATERIAŁU Z SZYJKI MACICY DO PRZESIEWOWEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO - ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 50516 | Nazwa miejsca | PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 12 | Kod zakresu | 02.1450.201.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 50516 | Nazwa miejsca | PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 19 | Kod zakresu | 03.4260.040.02 | Nazwa zakresu | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 22617 | Nazwa miejsca | OAHIT | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 20 | Kod zakresu | 03.4500.030.02 | Nazwa zakresu | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 22393 | Nazwa miejsca | CHIRURGIA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 21 | Kod zakresu | 03.4000.030.02 | Nazwa zakresu | CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 22298 | Nazwa miejsca | ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 24 | Kod zakresu | 03.4220.030.02 | Nazwa zakresu | NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 50625 | Nazwa miejsca | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 25 | Kod zakresu | 03.4220.130.02 | Nazwa zakresu | NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51 | | | |
| Kod miejsca | 50625 | Nazwa miejsca | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 26 | Kod zakresu | 03.4580.030.02 | Nazwa zakresu | ORTOPEDIA I TRAUMAT NARZ RUCHU - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 38546 | Nazwa miejsca | ODDZIAŁ URAZOWO-ORTOPEDEYCZNY | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 28 | Kod zakresu | 03.4580.999.17 | Nazwa zakresu | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI (ŚWIADCZENIA SPRAWOZDAWANE W RYCZALCIE PSZ) | | | |
| Kod miejsca | 38546 | Nazwa miejsca | ODDZIAŁ URAZOWO-ORTOPEDEYCZNY | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |
| Pozycja | 29 | Kod zakresu | 03.4401.030.02 | Nazwa zakresu | PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 22586 | Nazwa miejsca | PEDIATRIA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | W ramach pozycji nr | | 1 | |



| | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 30 | Kod zakresu | 03.4450.040.02 | Nazwa zakresu | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA | | | |
| Kod miejsca | 22401 | Nazwa miejsca | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|---|
| Pozycja | 32 | Kod zakresu | 02.1030.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII | | | |
| Kod miejsca | 67332 | Nazwa miejsca | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 33 | Kod zakresu | 02.1030.401.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE | | | |
| Kod miejsca | 67332 | Nazwa miejsca | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------|--|---|
| Pozycja | 34 | Kod zakresu | 02.1501.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII DZIECIĘCEJ | | | |
| Kod miejsca | 67333 | Nazwa miejsca | PORADNIA CHIRURGII DLA DZIECI | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------|--|---|
| Pozycja | 35 | Kod zakresu | 02.1501.101.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W CHIRURGII DZIECIĘCEJ-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1501.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 67333 | Nazwa miejsca | PORADNIA CHIRURGII DLA DZIECI | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 36 | Kod zakresu | 02.1500.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ | | | |
| Kod miejsca | 67337 | Nazwa miejsca | PORADNIA CHIRURGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 37 | Kod zakresu | 02.1500.101.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W CHIRURGII OGÓLNEJ-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1500.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 67337 | Nazwa miejsca | PORADNIA CHIRURGICZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 38 | Kod zakresu | 02.1580.001.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU | | | |
| Kod miejsca | 67331 | Nazwa miejsca | PORADNIA ORTOPEDYCZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|---|
| Pozycja | 39 | Kod zakresu | 02.1580.101.02 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1580.001.02 | | | |
| Kod miejsca | 67331 | Nazwa miejsca | PORADNIA ORTOPEDYCZNA | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. POZNAŃSKA 30 | | | | | | | |
| Miesiąc Od | 10 | Miesiąc Do | 12 | Finansowane w ramach ryczałtu PSZ | | W ramach pozycji nr | | 1 |

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

| | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------------------------|--|--------------------|--|
| Pozycja | 2 | Kod zakresu | 02.7220.072.02 | Nazwa zakresu | BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) | | | |
| Kod miejsca | 22735 | Nazwa miejsca | KT | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| | | | Styczeń | | Luty | | Marzec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Kwiecień | | Maj | | Czerwiec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Lipiec | | Sierpień | | Wrzesień | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Październik | | Listopad | | Grudzień | |
| liczba * cena | | | 39 147,0000 * 1,03 | | 39 145,0000 * 1,03 | | 39 145,0000 * 1,03 | |
| wartość | | | 40 321,41 | | 40 319,35 | | 40 319,35 | |

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

| | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|----------------------|---------------|---|--|-------------------|--|
| Pozycja | 3 | Kod zakresu | 02.0000.078.02 | Nazwa zakresu | BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - GASTROSKOPIA | | | |
| Kod miejsca | 22677 | Nazwa miejsca | PRACOWNIA ENDOSKOPII | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| | | | Styczeń | | Luty | | Marzec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Kwiecień | | Maj | | Czerwiec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Lipiec | | Sierpień | | Wrzesień | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Październik | | Listopad | | Grudzień | |
| liczba * cena | | | 7 085,0000 * 1,04 | | 7 083,0000 * 1,04 | | 7 083,0000 * 1,04 | |
| wartość | | | 7 368,40 | | 7 366,32 | | 7 366,32 | |

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

| | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|----------------|---------------|--|--|---------------|--|
| Pozycja | 13 | Kod zakresu | 03.3300.008.03 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | |
| Kod miejsca | 22652 | Nazwa miejsca | SOR | | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | |
| | | | Styczeń | | Luty | | Marzec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Kwiecień | | Maj | | Czerwiec | |
| liczba * cena | | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | | 0,0000 * 0,00 | |
| wartość | | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| | | | Lipiec | | Sierpień | | Wrzesień | |



| | | | |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Październik | Listopad | Grudzień |
| liczba * cena | 31,0000 * 13 217,00 | 30,0000 * 13 217,00 | 31,0000 * 13 217,00 |
| wartość | 409 727,00 | 396 510,00 | 409 727,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------------|---|---------------|
| Pozycja | 14 | Kod zakresu | 03.0001.001.14 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM - UE | |
| Kod miejsca | 22652 | Nazwa miejsca | | | SOR | |
| Adres miejsca | | | | | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 1,00 | 0,0000 * 1,00 | 0,0000 * 1,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------------------|--|---------------------|
| Pozycja | 15 | Kod zakresu | 01.0000.162.16 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE W WARUNKACH | |
| Kod miejsca | 58403 | Nazwa miejsca | | | AMBULATORIUM OGÓLNE POZ NR 1 | |
| Adres miejsca | | | | | AMBULATORIUM OGÓLNE POZ NR 1 | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień |
| liczba * cena | | | | 1,0000 * 125 000,00 | 1,0000 * 125 000,00 | 1,0000 * 125 000,00 |
| wartość | | | | 125 000,00 | 125 000,00 | 125 000,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------------|--|---------------|
| Pozycja | 16 | Kod zakresu | 01.0000.162.14 | Nazwa zakresu | ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE W WARUNKACH | |
| Kod miejsca | 58403 | Nazwa miejsca | | | AMBULATORIUM OGÓLNE POZ NR 1 | |
| Adres miejsca | | | | | AMBULATORIUM OGÓLNE POZ NR 1 | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 1,00 | 0,0000 * 1,00 | 0,0000 * 1,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|-----------------|--|-----------------|
| Pozycja | 17 | Kod zakresu | 03.0000.328.02 | Nazwa zakresu | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY | |
| Kod miejsca | 50625 | Nazwa miejsca | | | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY | |
| Adres miejsca | | | | | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień |
| liczba * cena | | | | 234,0000 * 1,00 | 234,0000 * 1,00 | 235,0000 * 1,00 |
| wartość | | | | 234,00 | 234,00 | 235,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------------|---|---------------|
| Pozycja | 18 | Kod zakresu | 03.0001.328.02 | Nazwa zakresu | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU | |
| Kod miejsca | 50625 | Nazwa miejsca | | | TWARZY | |
| Adres miejsca | | | | | ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY | |
| | | | | | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | |
| | | | | Styczeń | Luty | Marzec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Lipiec | Sierpień | Wrzesień |
| liczba * cena | | | | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Październik | Listopad | Grudzień |
| | | | | | | |



| | | | |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| liczba * cena | 1 337,0000 * 1,00 | 1 337,0000 * 1,00 | 1 338,0000 * 1,00 |
| wartość | 1 337,00 | 1 337,00 | 1 338,00 |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|----------------|---------------|-------------------------------|
| Pozycja | 22 | Kod zakresu | 03.4421.040.02 | Nazwa zakresu | NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA |
| Kod miejsca | 35134 | Nazwa miejsca | NOWORODKI | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Styczeń | Luty | Marzec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Kwiecień | Maj | Czerwiec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 1,00 | Październik | Listopad | Grudzień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 1,00 | 0,0000 * 1,00 | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---|
| Pozycja | 23 | Kod zakresu | 03.4421.140.02 | Nazwa zakresu | NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA - N20, N24, N25 |
| Kod miejsca | 35134 | Nazwa miejsca | NOWORODKI | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Styczeń | Luty | Marzec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Kwiecień | Maj | Czerwiec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 101 818,0000 * 1,00 | Październik | Listopad | Grudzień | |
| wartość | 101 818,00 | 101 818,00 | 101 818,00 | 101 818,00 | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|--|---------------------|---|
| Pozycja | 27 | Kod zakresu | 03.4580.991.02 | Nazwa zakresu | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RĘCIIU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA |
| Kod miejsca | 38546 | Nazwa miejsca | ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE | | |
| Adres miejsca | ODDZIAŁ URAZOWO-ORTOPEDYCZNY | | | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Styczeń | Luty | Marzec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Kwiecień | Maj | Czerwiec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 293 529,0000 * 1,00 | Październik | Listopad | Grudzień | |
| wartość | 293 529,00 | 293 529,00 | 293 529,0000 * 1,00 | 293 528,0000 * 1,00 | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------------|---|
| Pozycja | 31 | Kod zakresu | 03.4450.240.02 | Nazwa zakresu | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - N01, N20 |
| Kod miejsca | 22401 | Nazwa miejsca | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Styczeń | Luty | Marzec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Kwiecień | Maj | Czerwiec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 70 559,0000 * 1,00 | Październik | Listopad | Grudzień | |
| wartość | 70 559,00 | 70 559,00 | 70 558,0000 * 1,00 | 70 558,0000 * 1,00 | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Pozycja | 40 | Kod zakresu | 02.7250.072.02 | Nazwa zakresu | BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM) |
| Kod miejsca | 67334 | Nazwa miejsca | PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO | | |
| Adres miejsca | 64-300 NOWY TOMYŚL ul. SIENKIEWICZA 3 | | | | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Styczeń | Luty | Marzec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Kwiecień | Maj | Czerwiec | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | Lipiec | Sierpień | Wrzesień | |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | |
| liczba * cena | 104 465,0000 * 0,94 | Październik | Listopad | Grudzień | |
| wartość | 98 197,10 | 98 196,16 | 104 464,0000 * 0,94 | 104 464,0000 * 0,94 | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|----|---------------|----------------|---------------|--|
| Pozycja | 41 | Kod zakresu | 00.9999.000.02 | Nazwa zakresu | KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO ÓWU - PSZ |
| Kod miejsca | | Nazwa miejsca | | | |
| Adres miejsca | | | | | |



| | Styczeń | Luty | Marzec |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| liczba * cena | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 | 0,0000 * 0,00 |
| wartość | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| liczba * cena | 177,6600 * 1 200,00 | 177,6600 * 1 200,00 | 177,6600 * 1 200,00 |
| wartość | 213 192,00 | 213 192,00 | 213 192,00 |

* 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)

Data sporządzenia:
02-10-2017

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kraszewska

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
imienia doktora Kazimierza Hologii
w Nowym Tomyslu
mgr Janusz Nowak

Kraszewska