

03/01/SZP/2004  
UMOWA Nr ...../.....  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
- LECZENIE SZPITALNE

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**”.

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest kompleksowe i całodobowe organizowanie i wykonywanie przez Świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych w rodzaju - leczenie szpitalne – w zakresach szczegółowo określonych w **załączniku nr 1** do umowy, zwanymi dalej “świadczeniami”.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami, określonymi w “**SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWIERANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – LECZENIE SZPITALNE**”, zwanych dalej “materiałami informacyjnymi”.
3. Świadczenia udzielane są w ramach:

- 1) **hospitalizacji** związanej z wykonaniem świadczenia w oddziale o typie określonym w materiałach informacyjnych, rozumianej jako proces diagnostyczno-terapeutyczny niemożliwy do osiągnięcia w warunkach ambulatoryjnych:
  - a) możliwy do zrealizowania wyłącznie w warunkach szpitalnych,
  - b) z wykorzystaniem infrastruktury diagnostyczno-terapeutycznej,
  - c) realizowany przez personel medyczny o kwalifikacjach wymaganych odrębnymi przepisami i w liczbie niezbędnej do wykonania świadczeń,
  - d) zakończony wystawieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami, karty informacyjnej z leczenia szpitalnego lub karty zgonu;
- 2) **świadczenia jednodniowego** rozumianego jako proces diagnostyczno - terapeutyczny:
  - a) trwający maksymalnie 72 godziny, obejmujący kwalifikację do leczenia poprzedzającą świadczenie jednodniowe lub poradę kontrolną w okresie do 30 dni po zakończeniu leczenia (data oraz godzina przyjęcia i wypisu musi być ujęta w historii choroby),
  - b) realizowany przez personel medyczny o kwalifikacjach wymaganych odrębnymi przepisami i w liczbie niezbędnej do wykonania świadczeń,
  - c) zakończony wystawieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami, karty informacyjnej z leczenia lub karty zgonu;
- 3) **świadczenia w izbie przyjęć** polegającego na całodobowym udzielaniu świadczeń w trybie nagłym, w tym diagnostyczno-terapeutycznych, niezakończonych hospitalizacją;
- 4) **świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym** polegającego na całodobowym udzielaniu świadczeń, określonych w odrębnych przepisach;
- 5) **świadczeń** spełniających kryteria zawarte w pkt 1, szczególnie określonych w katalogach świadczeń, zawartych w materiałach informacyjnych.

## **SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 2.**

1. W okresie leczenia szpitalnego Świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić

ubezpieczonym, bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne.

2. W trakcie realizacji świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3, Świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych oraz zleceń na środki pomocnicze.

## **WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 3.**

1. Koszt świadczenia, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 1, 2 lub 4, obejmuje koszty:
  - 1) kwalifikacji do leczenia szpitalnego;
  - 2) badań diagnostycznych;
  - 3) terapii zleconych przez Świadczeniodawcę;
  - 4) leków i wyrobów medycznych;
  - 5) niezbędnych w toku leczenia świadczeń z zakresu profilaktyki, pielęgnacji i rehabilitacji;
  - 6) transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w odrębnych przepisach;
  - 7) innych świadczeń związanych z pobytem w szpitalu,
2. Koszt świadczenia w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym obejmuje koszt dobowej gotowości w tym koszty udzielonych świadczeń.

### **§ 4.**

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2004 r. do dnia 31 grudnia 2004 r. wynosi maksymalnie ..... zł  
(słownie: ..... zł), z zastrzeżeniem § 6 ust. 1 pkt 2.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1, stanowi sumę iloczynów liczby jednostek rozliczeniowych ustalonej dla danego zakresu świadczeń i ceny jednostki rozliczeniowej.
3. Jednostką rozliczeniową, dla której ustalono cenę jednostkową jest punkt rozliczeniowy.

4. Liczby i ceny punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa **załącznik nr 1** do umowy.
5. Świadczenia finansowane są zgodnie z systemem finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową, ustalonym w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
6. Finansowanie świadczeń wykonywanych w oddziale OIT następuje według skali TISS, na zasadach określonych w katalogach świadczeń, zawartych w materiałach informacyjnych.
7. Oddział Funduszu sfinansuje świadczenia ponad kwotę zobowiązania ustaloną dla danego zakresu świadczeń objętego umową, do wysokości kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy, w przypadku odpowiedniego zmniejszenia kwoty zobowiązania w pozostałych zakresach, przy czym kwota zmniejszenia w poszczególnych zakresach nie może być większa niż 20 % kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń objętego umową.

#### **§ 5.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazania, w terminie do dnia 30 kwietnia 2004 r. informacji "Warunki realizacji świadczeń – lecnictwo szpitalne", według wzoru zawartego w materiałach informacyjnych, w celu zakwalifikowania oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu, zgodnie z materiałami informacyjnymi.
2. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 1, w terminie do dnia 30 kwietnia 2004 r. podstawę zakwalifikowania oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu stanowić będą informacje złożone przez Świadczeniodawcę w ofercie.

#### **§ 6.**

1. **Po zakwalifikowaniu przez Oddział Funduszu oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu, strony umowy, w terminie do dnia 30 czerwca 2004 r., na podstawie informacji o świadczeniach wykonanych w okresie od dnia 1 stycznia 2004 r. do dnia 30 kwietnia 2004 r. przekazanych przez Świadczeniodawcę w raportach statystycznych oraz sprawozdaniach z wykonania umowy, ustalą:**

- 1) liczbę punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych

zakresach świadczeń na okres od dnia 1 lipca 2004 r. do dnia 31 grudnia 2004 r.;

2) kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

**2. Ustalenia, o których mowa w ust. 1, wprowadzone zostaną w drodze zmiany umowy. Strony zobowiązują się zawrzeć stosowny aneks do umowy, w terminie wskazanym przez Oddział Funduszu.**

3. Wypłata należności za okres od lipca 2004 r. następuje zgodnie z aneksem, o którym mowa w ust. 2, po jego podpisaniu przez Świadczeniodawcę.

### **§ 7.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) w przypadku wykonania więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu ubezpieczonego należy wykazywać tylko jedno świadczenie w jednym zakresie;

2) świadczenia określone w katalogach świadczeń, zawartych w materiałach informacyjnych, nie podlegają łączeniu, poza przypadkami szczególnymi opisanymi w kolumnie "uwagi";

3) w przypadku wykonania kilku świadczeń zabiegowych z jednego dojścia operacyjnego, należy wykazywać tylko jedno świadczenie;

4) świadczenia związane z urazami wielonarządowymi należy sumować i liczyć zgodnie z katalogami świadczeń, zawartych w materiałach informacyjnych;

5) w rozliczeniu oddziałów OIT należy prowadzić kartę TISS - 28 dla każdej doby pobytu ubezpieczonego, którą należy archiwizować w historii choroby ubezpieczonego;

6) koszt świadczenia obejmuje koszt wyrobu medycznego, z wyjątkiem przypadków odrębnie określonych w katalogach świadczeń, zawartych w materiałach informacyjnych;

7) dopuszcza się łączenie świadczeń wyłącznie ze świadczeniami odrębnie kontraktowanymi;

8) koszt świadczenia obejmuje koszt świadczenia anestezjologicznego, świadczenia te są wykazywane do celów sprawozdawczych, a w przypadku realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym świadczenia anestezjologiczne podlegają

sumowaniu;

- 9) świadczenie z tą samą jednostką chorobową udzielone ubezpieczonemu przez Świadczeniodawcę, w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia wykazywane jest jako jedno świadczenie, z wyjątkiem świadczenia związanego z podawaniem chemioterapii.
2. W dokumentacji medycznej ubezpieczonego umieszcza się wyniki badań potwierdzające wykonanie świadczeń diagnostycznych.
3. W przypadku, gdy Świadczeniodawca udziela świadczeń określonych w „Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia”, zawartego w materiałach informacyjnych zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem sprawozdanie zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2** do umowy.

## OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

### § 8.

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

### § 9.

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

### § 10.

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

## PODPISY STRON

.....  
.....

**Świadczeniodawca**

.....  
.....

**Oddział Funduszu**

**Wykaz załączników do umowy:**

Załącznik nr 1 – zakres, ilości i ceny świadczeń

Załącznik nr 2 – wzór rozliczenia świadczeń onkologicznych

Załącznik rozliczeniowy dla świadczeń onkologicznych (jednostką rozliczeniową jest cykl chemioterapii)

.....

Sprawozdanie za miesiąc.....200\_r.

Lp.	PESEL PACJENTA	ROZPOZNANIE ICD 10	NAZWA CYKLU	ILOŚĆ CYKLI	ILOŚĆ LEKU ZUŻYTEGO W CYKLU (w mg)	NUMER FAKTURY ZAKUPU LEKU	OGÓLNA WARTOŚĆ PUNKTOWA ZREALIZOWANYCH CYKLI

Pieczęć nagłówkowa

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora