

**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**", zwanymi 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 ubezpieczonemu, 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 – leczenie 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 oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu, Oddział Funduszu, 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, ustala:
  - 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 Oddziału Funduszu, 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 anestezyjologicznego, świadczenia te są wykazywane do celów sprawozdawczych, a w przypadku realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym świadczenia anestezyjologiczne 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