

Załącznik nr 3 do uchwały nr 242/2003 Zarządu NFZ

04/PSY/2004

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
- LECZENIE PSYCHIATRYCZNE I UZALEŻNIEŃ**

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 organizowanie i wykonywanie przez Świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych, w tym domowych/środowiskowych, w rodzaju – leczenie psychiatryczne i uzależnień, 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 PSYCHIATRYCZNE I UZALEŻNIEŃ”, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.

3. Świadczenia w warunkach stacjonarnych udzielane są w ramach:
 - 1) **hospitalizacji w oddziale lub pobytu w ośrodku/zakładzie** stanowiących proces diagnostyczno-terapeutyczny niemożliwy do osiągnięcia w warunkach ambulatoryjnych:
 - a) możliwy do zrealizowania wyłącznie w warunkach całodobowych lub dziennych,
 - b) z wykorzystaniem infrastruktury diagnostyczno-terapeutycznej,
 - c) obejmujący kwalifikację w izbie przyjęć do leczenia stacjonarnego,
 - d) realizowany przez personel o kwalifikacjach wymaganych odrębnymi przepisami i w liczbie niezbędnej do wykonania świadczeń,
 - e) zakończony wystawieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami, karty informacyjnej z leczenia szpitalnego lub karty zgonu;
 - 2) **świadczenia w izbie przyjęć**, polegającego na całodobowym udzielaniu świadczeń w trybie nagłym, w tym diagnostyczno-terapeutycznych, niezakończonych hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku/zakładzie.
4. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych udzielane są w ramach **porad, sesji psychoterapii, wizyt domowych/środowiskowych, świadczeń specjalnych dla osób uzależnionych**, przez poradnie, przychodnie lub zespoły leczenia środowiskowego/domowego, zgodnie z materiałami informacyjnymi.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. W ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych Świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić ubezpieczonemu, bezpłatnie, niezbędne: badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne.
2. Świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu w trakcie realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych oraz zleceń na środki pomocnicze.

§ 3.

1. W ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia ubezpieczonym należytej dostępności do świadczeń w szczególności do:

- 1) przyjmowania ubezpieczonych co najmniej raz w tygodniu, w godzinach od 14 do 18;
- 2) przestrzegania czasu świadczenia jednorazowego, określonego w materiałach informacyjnych;
- 3) zapewnienia ubezpieczonym wizyt domowych, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w warunkach ambulatoryjnych zobowiązany jest do udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

§ 4.

1. W ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych Świadczeniodawca zobowiązany jest do sfinansowania wykonania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, właściwych dla danego zakresu, określonych w materiałach informacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Rozliczenia za badania następują bezpośrednio pomiędzy zainteresowanymi podmiotami.
3. W ramach świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych Świadczeniodawca zobowiązany jest sfinansować koszty ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych współfinansowanych zgodnie z „Katalogiem ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych współfinansowanych” w części określającej dopłatę kierującego dla wykonującej pracowni, zawartym w materiałach informacyjnych.
4. Skierowanie na wykonanie badań powinno być sporządzone w formie pisemnej.

§ 5.

1. Kwalifikacja do określonego typu porady następuje w trakcie porady przy zarejestrowaniu w dokumentacji medycznej dowodów wykonania badań lub zabiegów.
2. Dowodem wykonania świadczenia diagnostycznego jest kserokopia wyniku badania lub jego odpis zawarty w dokumentacji medycznej ubezpieczonego oraz faktura lub rachunek wewnętrzny pozostający w dokumentacji Świadczeniodawcy przypisany do ubezpieczonego (PESEL).
3. Dowodem wykonania świadczenia terapeutycznego lub zabiegowego jest opis zrealizowanego zabiegu w dokumentacji medycznej ubezpieczonego lub w księdze zabiegowej. W przypadku, gdy świadczenie diagnostyczne lub terapeutyczne wykonywane jest przez osobę, która jednocześnie udziela porady, dowodem zrealizowanego świadczenia jest wpis w dokumentacji medycznej ubezpieczonego.
4. Przy wydaniu skierowania na świadczenie diagnostyczne, bez potwierdzenia jego wykonania, porada kwalifikowana jest do rozliczenia jako porada kontrolna.
5. Wykonanie ambulatoryjnego świadczenia diagnostycznego współfinansowanego wymaga włączenia do dokumentacji medycznej Świadczeniodawcy kierującego na to świadczenie dokumentów potwierdzających jego wykonanie – tj. faktury lub rachunku wewnętrznego zawierających PESEL ubezpieczonego, wystawionych przez pracownię wykonującą świadczenie oraz kserokopii wyników badań dołączonych do dokumentacji medycznej ubezpieczonego.
6. W przypadkach, o których mowa w § 4 ust. 3, Świadczeniodawca w sprawozdaniu z wykonania umowy wykazuje poradę diagnostyczną.
7. W dokumentacji medycznej ubezpieczonego umieszcza się wyniki badań potwierdzające wykonanie świadczeń diagnostycznych.

§ 6.

Świadczeniodawca zobowiązany jest opisać w historii choroby udzielane świadczenia oraz zamieścić na pierwszej stronie kod udzielonego świadczenia wraz z liczbą punktów.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 7.

Koszt świadczenia, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 1, obejmuje koszty:

- 1) kwalifikacji do leczenia stacjonarnego;
- 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.

§ 8.

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).
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 świadczeń wykonywanych w warunkach stacjonarnych, dla których ustalono cenę jednostkową jest osobodzień.
4. Jednostką rozliczeniową świadczeń wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych, dla których ustalono cenę jednostkową jest punkt rozliczeniowy
5. Liczby i ceny jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa **załącznik nr 1** do umowy.
6. 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.

§ 9.

1. Dwukrotne przyjęcie ubezpieczonego z tą samą jednostką chorobową przez Świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w warunkach stacjonarnych, w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia, wykazywane jest jako jedno świadczenie.
2. W przypadku przekroczenia czasu leczenia w warunkach stacjonarnych, określonego w materiałach informacyjnych cena osobodnia ulega obniżeniu do kwoty stanowiącej 70% ceny osobodnia określonej w **załączniku nr 1** do umowy.
3. W przypadku, gdy w warunkach ambulatoryjnych udzielono ubezpieczonemu w trakcie jednej wizyty świadczeń objętych zakresami różnych typów porad, Świadczeniodawca wykazuje do rozliczenia poradę o najwyższej wycenie punktowej.
4. W przypadku leczenia w warunkach stacjonarnych dzień przyjęcie i dzień wypisania ubezpieczonego, Świadczeniodawca wykazuje do rozliczenia jako jeden osobodzień.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 10.

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

§ 11.

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

§ 12.

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

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

Załącznik do umowy:

Załącznik nr 1 do umowy – zakres, ilości i ceny świadczeń.

Załącznik nr 2 do umowy – harmonogram pracy poradni.