

ANEKS NR 18
DO UMOWY Nr 18/4/3201032/01/2025/01
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego

zawarty we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dariusz Kłos na podstawie pełnomocnictwa nr 324/2023 z dnia 23.10.2023 r. udzielonego przez Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Łukasza Sendeckiego działającego na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ nr 18/2023 z dnia 10.02.2023 r., zwanym dalej „**Funduszem**”

a

SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO,

Wałbrzych, ul. Alfreda Sokołowskiego 4, 58-309 WAŁBRZYCH

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

(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 2024 r. poz. 146 z późn. zm.))

reprezentowanym przez: Jolanta Królak
zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”,

Na podstawie §21 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 875, z późn. zm.), §13 ust.6 Zarządzenia nr 55/2020 Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz § 43 ust.1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r., poz. 1194 z późn. zm.), w związku z art. 353¹ k.c., we wskazanej wyżej umowie wprowadza się następujące zmiany:

§ 1

1. Zmienia się zapis § 4 ust. 1 w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie:

„1.Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia **01-01-2025** r. do dnia **30-06-2025** r. wynosi maksymalnie **8 912 139,38 zł** (słownie: **osiem milionów dziewięćset dwanaście tysięcy sto trzydzieści dziewięć złotych trzydzieści osiem groszy**)”

2. Zmienia się treść załącznika nr 1 do umowy – „Plan rzeczowo – finansowy”.

§ 2

Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.

§ 3

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia **01-01-2025 r.**

§ 4

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

Podpisy stron

.....

Fundusz

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 18/4/3201032/01/2025/01 w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego			Wersja 3	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: 3 OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		3201032		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO		

ROK 2025 (umowa 18/4/3201032/01/2025/01, wersja 3) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku, z wyłączeniem środków, o których mowa w Art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym 8 912 139,38 zł (słownie - osiem milionów dziewięćset dwanaście tysięcy sto trzydzieści dziewięć złotych trzydzieści osiem groszy)								
Okres rozliczeniowy od 01-01-2025 do 30-06-2025								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
2	2573039	18.9900.400.03 - 1	ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP)		RYCZAŁT			8 442 944,060000
3	2572943	18.1700.400.02 - 1	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP	35788	PUNKT ROZLICZENIOWY	5 618,0000	14,10	79 213,800000
4	2572955	18.1700.400.02 - 2	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP	247369	PUNKT ROZLICZENIOWY	7 608,0000	14,10	107 272,800000
1	2572967	18.2700.400.02 - 1	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP	55507	PUNKT ROZLICZENIOWY	9 442,0000	16,21	153 054,820000
5	2572985	18.2730.400.02 - 1	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE) W CZP	72207	PUNKT ROZLICZENIOWY	9 010,0000	14,39	129 653,900000
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								8 912 139,38

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)
	Styczeń	1 485 260,48	Luży	1 485 385,20	Marzec	1 485 385,20	Kwiecień	1 485 368,70
	Maj	1 485 385,20	Czerwiec	1 485 354,60	Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje											
Pozycja	3	Kod zakresu	18.1700.400.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP						
Kod miejsca	35788		Nazwa miejsca		PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO						
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH				TERYT		0265011				
					Styczeń		Luty			Marzec	
					937,0000 * 14,10		936,0000 * 14,10		936,0000 * 14,10		
					13 211,700000		13 197,600000		13 197,600000		
					Kwiecień		Maj		Czerwiec		
					937,0000 * 14,10		936,0000 * 14,10		936,0000 * 14,10		
					13 211,700000		13 197,600000		13 197,600000		
					Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
					Październik		Listopad		Grudzień		

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	4	Kod zakresu	18.1700.400.02 - 2	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W CZP				
Kod miejsca	247369		Nazwa miejsca		PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W CZARNYM BORZE				
Adres miejsca	Czarny Bór, ul. Parkowa 8, 58-379 Czarny Bór				TERYT	0221042			
					Styczeń		Luży		Marzec
liczba * cena					1 268,0000 * 14,10		1 268,0000 * 14,10		1 268,0000 * 14,10
wartość					17 878,800000		17 878,800000		17 878,800000
					Kwiecień		Maj		Czerwiec
liczba * cena					1 268,0000 * 14,10		1 268,0000 * 14,10		1 268,0000 * 14,10
wartość					17 878,800000		17 878,800000		17 878,800000
					Lipiec		Sierpień		Wrzesień
liczba * cena									
wartość									
					Październik		Listopad		Grudzień
liczba * cena									
wartość									

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	1	Kod zakresu	18.2700.400.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP				
Kod miejsca		55507		Nazwa miejsca	ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY				
Adres miejsca		WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH					TERYT		0265011
					Styczeń		Luży		Marzec
					liczba * cena	1 574,0000 * 16,21	1 574,0000 * 16,21		1 574,0000 * 16,21
					wartość	25 514,540000	25 514,540000		25 514,540000
					Kwiecień		Maj		Czerwiec
					liczba * cena	1 573,0000 * 16,21	1 574,0000 * 16,21		1 573,0000 * 16,21
					wartość	25 498,330000	25 514,540000		25 498,330000
					Lipiec		Sierpień		Wrzesień
					liczba * cena				
					wartość				
					Październik		Listopad		Grudzień
					liczba * cena				
					wartość				

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	5	Kod zakresu	18.2730.400.02 - 1	Nazwa zakresu	LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE) W CZP				
Kod miejsca	72207	Nazwa miejsca			ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO DOMOWEGO				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
					Styczeń			Luży	Marzec
liczba * cena					1 502,0000 * 14,39		1 502,0000 * 14,39		1 502,0000 * 14,39
wartość					21 613,780000		21 613,780000		21 613,780000
					Kwiecień			Maj	Czerwiec
liczba * cena					1 501,0000 * 14,39		1 502,0000 * 14,39		1 501,0000 * 14,39
wartość					21 599,390000		21 613,780000		21 599,390000
					Lipiec			Sierpień	Wrzesień
liczba * cena									
wartość									
					Październik			Listopad	Grudzień
liczba * cena									
wartość									

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	2	Kod zakresu	18.9900.400.03 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP)				
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca					TERYT				
				Styczeń			Luży	Marzec	
liczba * cena				111 493,0000 * 12,62	111 504,0000 * 12,62		111 504,0000 * 12,62		111 504,0000 * 12,62
wartość				1 407 041,660000	1 407 180,480000		1 407 180,480000		1 407 180,480000
				Kwiecień			Maj	Czerwiec	
liczba * cena				111 504,0000 * 12,62	111 504,0000 * 12,62		111 504,0000 * 12,62		111 504,0000 * 12,62
wartość				1 407 180,480000	1 407 180,480000		1 407 180,480000		1 407 180,480000
				Lipiec			Sierpień	Wrzesień	
liczba * cena									
wartość									
				Październik			Listopad	Grudzień	
liczba * cena									
wartość									

Data sporządzenia 28-03-2025

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* 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)

*** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem