*Załącznik numer 4 do SWKO*

UMOWA

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu …………….r. w Kędzierzynie-Koźlu pomiędzy:

Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Kędzierzyn-Koźlu ul. M. Reja 2a , woj. opolskie, powiat kędzierzyńsko-kozielski, wpisanym do KRS pod numerem 0000001890, Regon 000637921, NIP 749-15-51-479; tel./fax 77 4837732

reprezentowanym przez: lek. Helenę Kozłowską – Dyrektora, zwanym w treści umowy **„Udzielającym zamówienia”(UZ)**

a

…………………………………………………………………………………………………..

Zwanym w treści umowy **„Przyjmującym zamówienie” (PZ)**

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

…………………………………………………………………………

pacjentom Udzielającego zamówienia .

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne do wykonania usług, o których mowa w ustępie 1 kompetencje i uprawnienia zawodowe.
2. Kopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje zawodowe Przyjmującego zamówienie, w tym:

* dyplom ukończenia uczelni medycznej,
* prawo wykonywania zawodu,
* dyplom ukończenia specjalizacji

oraz kopie dokumentów potwierdzających:

* wpis do rejestru ewidencji działalności gospodarczej lub KRS,
* wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* numer identyfikacyjny REGON,

stanowią załączniki do niniejszej umowy.

SPOSÓB WYKONANIA USŁUGI

§ 2

1. Świadczenia, o których mowa w § 1, wykonywane będą przez Przyjmującego zamówienie w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia w jego siedzibie, w terminach uzgodnionych z Przyjmującym zamówienie.
2. Udzielający zamówienia oprócz zabezpieczenia pomieszczeń zapewni Przyjmującemu zamówienie obsługę rejestracji pacjentów, ewidencję udzielanych usług, pomoc pielęgniarską, potrzebny sprzęt medyczny.
3. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać pomieszczeń ani środków Udzielającego zamówienia do badania innych osób, niż skierowanych pacjentów Udzielającego zamówienia.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i środków Udzielającego zamówienia, niezbędnych do ich udzielania.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do :

a) przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,

b) przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez

Udzielającego zamówienia,

c) przestrzegania przepisów BHP i ppoż.,

d) stosowania się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego zamówienia o charakterze

porządkowym i organizacyjnym,

e) stosowania standardów systemu wg normy ISO 9001:2015,

f) dostarczania aktualnych zaświadczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do

wykonywania pracy, stanowiącej przedmiot umowy oraz aktualnej książeczki zdrowia lub zaświadczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych.

g) dostarczenie aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP

1. Zasady użytkowania sprzętu, aparatury medycznej i innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych określa Udzielający zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dokładnego, systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób zgodny z obowiązującymi w tej mierze przepisami oraz zgodnie z obowiązującymi u Udzielającego zamówienia zasadami i wzorami.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienia w formie  
   i w terminie uzgodnionym z Udzielającym zamówienia.
4. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do przechowywania w/wym. dokumentacji medycznej.
5. Przyjmujący zamówienie nadzoruje pracę średniego personelu zatrudnionego przez Udzielającego zamówienia w zakresie czynności związanych z realizacją postanowień niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie ma prawo do korzystania z niezbędnych konsultacji udzielanych przez innych lekarzy zatrudnionych przez Udzielającego zamówienie oraz do zlecania niezbędnych badań diagnostycznych.
7. W przypadku, gdy potencjał diagnostyczny Udzielającego zamówienia nie zapewnia wykonania niezbędnych badań, Przyjmujący zamówienie ma prawo kierować na badania  
   i konsultacje wyłącznie do jednostek, z którymi Udzielający zamówienia zawarł odpowiednie umowy.

CZAS PRACY

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie udziela osobiście świadczeń zdrowotnych wynikających  
   z niniejszej umowy w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie, uzgodnionym  
   z Udzielającym zamówienia, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Zmiany w harmonogramie pracy mogą być wprowadzone tylko za obopólną zgodą Przyjmującego zamówienie i Udzielającego zamówienia na podstawie wniosku Przyjmującego zamówienie stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
3. Przyjmujący zamówienie powiadamia w formie pisemnej Udzielającego zamówienia  
   o planowanych nieobecnościach na 6 tygodni wcześniej przed planowanymi nieobecnościami.

KONTROLA

§ 5

1. Bezpośrednią kontrolę merytoryczną i organizacyjną nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych wynikających z realizacji umowy przez Przyjmującego zamówienie sprawuje Dyrektor.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli w zakresie wykonywania warunków niniejszej umowy, a w szczególności:

a) w zakresie oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,

b) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,

c) liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,

d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,

e) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,

f) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu

Zdrowia w zakresie wymagań niezbędnych do wykonywania przedmiotu niniejszej

umowy i wyraża na to zgodę.

KLAUZULA POUFNOŚCI

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich ustaleń związanych z niniejszą umową, które nie zostały podane do wiadomości publicznej, a także do przestrzegania zasad wynikających z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, s.1, z późn. zm), zwanego dalej „RODO".
2. W przypadku naruszenia postanowień niniejszego paragrafu Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach ogólnych, określonych przez Kodeks Cywilny.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do posiadania i przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dn. 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019r poz. 866).

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym

mowa wyżej, przez cały okres obowiązywania umowy oraz przedkładania aktualnych polis

Udzielającemu zamówienia w czasie trwania niniejszej umowy.

1. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom przy udzielaniu świadczeń

zdrowotnych ponosi Przyjmujący zamówienie, o ile są one wynikiem zaniedbania lub

błędu w sztuce. Jeżeli przyczyną szkody jest nienależyte działanie sprzętu lub

wyposażenia, błąd w badaniach diagnostycznych, bądź też błąd lub zaniedbanie innego

specjalisty udzielającego konsultacji – odpowiedzialność ponosi Udzielający

zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie ponosi wobec Udzielającego zamówienie materialną

odpowiedzialność za uszkodzenia powierzonego sprzętu i wyposażenia, powstałe z jego

winy oraz za szkody wyrządzone pacjentom przy udzielaniu świadczeń powstałe w

wyniku zaniedbania lub błędu w sztuce Przyjmującego zamówienie.

5. W przypadku weryfikacji przez NFZ wykonanych świadczeń, w wyniku której

stwierdzono błędy polegające na nieprawidłowym zakwalifikowaniu

(porady, zabiegu ) niezgodnym z wymogami NFZ przez Przyjmującego zamówienie,

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącenia kwoty z należności

przysługujących Przyjmującemu zamówienie, odpowiadającej kwocie, jaką otrzymał

Przyjmujący zamówienie za procedurę odrzuconą w procesie weryfikacji przez NFZ .

6. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w ust.5, Przyjmujący zamówienie

obowiązany jest do ponownej, poprawnej weryfikacji świadczenia oraz poprawnego

zakwalifikowania odrzuconej procedury, a także w razie konieczności, korekty faktury lub

rachunku. W przypadku nałożenia kary przez NFZ za błędy, o których mowa w ust. 5,

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo obciążenia Przyjmującego zamówienie karą

nałożoną przez NFZ na Udzielającego zamówienie.

CZAS OBOWIĄZYWANIA UMOWY I SPOSOBY JEJ ROZWIĄZANIA

§ 8

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od 01.01.2024r. do 31.12.2025r.
2. Umowa może zostać przedłużona ponad czas określony w ust. 1 aneksem do umowy.

§ 9

1. Umowa może zostać rozwiązana:

1. z upływem czasu, na który była zawarta,

2. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,

3. przez każdą ze stron z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia,   
z zachowanie formy pisemnej:

a) przez UZ jeżeli:

- PZ narusza postanowienia umowy lub jeżeli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie UZ

- PZ ogranicza dostępność świadczeń, zawęża ich zakres, udziela świadczeń o niewłaściwej jakości,

- wpływają uzasadnione skargi pacjentów dotyczące wykonywania świadczeń zdrowotnych,

- w przypadku zmian kontraktowania i warunków finansowania świadczeń przez NFZ.

b) przez PZ jeżeli UZ narusza postanowienia umowy lub jeżeli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie PZ.

4. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w

przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

1. Po rozwiązaniu umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu wszelkiego mienia i dokumentacji służbowej będącej własnością Udzielającego zamówienia niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od daty ustania umowy.

WYNAGRODZENIE

§ 10

1. Strony ustalają, że Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie za:

…………………………………………………………………………………..

Razem w wysokości…….. zł

Słownie: …………………………………………………………………….

1. Ilość porad, badań, konsultacji i pkt może ulec zmianie w trakcie trwania niniejszej umowy, z przyczyn których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Zmienione wprowadza się aneksem do umowy.

1. Maksymalna wartość umowy nie może przekroczyć kwoty ……..

§ 11

1. Rozliczenie należności za wykonane świadczenia dokonywane jest w trybie comiesięcznym.
2. Podstawą do wypłaty należności jest faktura/rachunek wystawiony przez Przyjmującego zamówienie w terminie do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczenia zostały wykonane, wraz z załącznikiem stanowiącym wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych.
3. Wypłata należności zostaje dokonana przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni od dnia wpływu faktury/rachunku wraz  
   z załącznikiem.

§ 12

Przyjmujący zamówienie samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

KARY UMOWNE

§ 13

1. W przypadku nie wykonania lub nienależytego wykonania przez PZ jego obowiązków wynikających z umowy UZ może nałożyć na PZ kary umownie w wysokości 2% wartości umowy.
2. Nałożenie kary umownej może nastąpić po przeprowadzonym postepowaniu wyjaśniającym.
3. PZ wyraża zgodę na potrącenie kwoty nałożonej kary umownej z jego wynagrodzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące akty prawne:
2. ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 poz. 991  
   z późn. zm.),
3. ustawa z dn. 05.12.1996 r o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023r poz.1516 z późn. zm.),
4. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 poz. 866 z późn. zm.)

oraz :

a) odpowiednie postanowienia umów zawartych między Udzielającym zamówienia  
 a Narodowym Funduszem Zdrowia.

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Strony zobowiązują się rozwiązać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Przyjmujący zamówienie, a dwa Udzielający zamówienia.

**Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie**

**………………………….. ……………………………**

**Załącznik nr 1**

**HARMONOGRAM**

**UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu**

**……………………………………………………………………….**

**DNI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W GODZINACH**

**Poniedziałek od……………….do……………..**

**Wtorek od……………….do……………..**

**Środa od……………….do…………….**

**Czwartek od……………….do……………..**

**Piątek od……………….do…………….**

**Udzielający Zamówienie: Przyjmujący Zamówienie:**

**Załącznik nr 2**

**………………………………….. Kędzierzyn-Koźle, dnia………….**

**Miejsce udzielania świadczenia**

**WNIOSEK**

**o zmianę harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych**

**do umowy z dnia..…………………………………....................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | **Aktualny harmonogram** | | **Harmonogram po zmianach** | |
| **Od** | **Do** | **Od** | **Do** |
| **Poniedziałek** |  |  |  |  |
| **Wtorek** |  |  |  |  |
| **Środa** |  |  |  |  |
| **Czwartek** |  |  |  |  |
| **Piątek** |  |  |  |  |

**Zobowiązuję się ,że zmiana harmonogramu udzielania świadczeń nie spowoduje utrudnienia w przyjęciu pacjentów.**

**Wnioskuję o zmianę od dnia : ………………………………………………………..**

**………………………………...**

**Data i podpis przyjmującego zamówienie**

**Akceptuję od dnia : …………………………………………………………………….**

**………………………………..**

**Data i podpis Udzielającego zamówienie**

**Załącznik nr 3**

………………………………………………… ……………………………………………

Nazwisko i imię przyjmującego zamówienie miejscowość, data

medyczne

**Do Dyrektora WOMP**

**Ul. Reja 2a**

**47-220 Kędzierzyn-Koźle**

**ZGŁOSZENIE NIEOBECNOŚCI**

**Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………**

**Miejsce wykonywania świadczeń …………………………………………………………….**

**Okres nie wykonywania świadczeń medycznych ……………………………………………**

**Zastępstwo ……………………………………………………………………………………..**

**Powiadomiłam/em – nie powiadomiłam/em personel rejestracji o nie rejestrowaniu pacjentów .**

**………………………………………**

**Podpis przyjmującego zamówienie**

**……………………………………….**

**Data i podpis przyjmującego zgłoszenie**

**Wyrażam – nie wyrażam zgodę na zastępstwo ……………………………………..**

**…………………………………….**

**Podpis Udzielającego zamówienia**