WZÓR UMOWY

**UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU DERMATOLOGII**

Zawarta w dniu **02.04.2024 r**. w Rzeszowie pomiędzy:

**1.Wojskową Specjalistyczną Przychodnią Lekarską SP ZOZ (WSPL)** z siedzibą w Rzeszowie,
ul. Langiewicza 4, REGON 690580299, NIP: 813-29-01-483, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000023481, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Rzeszowie, XII Wydział Gospodarczy KRS.

reprezentowaną przez **Dyrektora mgr Dorota Kolano**

Zwaną dalej „**Udzielającym Zamówienia**”

a

**2. ……………………………………………………………………………………………………………**

Zwanym dalej **„Przyjmującym Zamówienie”**

*W oparciu o art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.0.991 t.j. z późn. zm*.*)
oraz na podstawie wyników konkursu ofert z dnia ………………. r..*

**Strony zgodnie stanowią, co następuje:**

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych
w zakresie okulistyki na rzecz Udzielającego Zamówienie.

**§ 2**

1.Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia **02.04.2024 r.** do dnia **31.12.2025** r.

2.Umowa nin. może zostać przedłużona zgodną wolą jej stron na dalszy czas określony (maksymalnie trzech miesięcy) w formie pisemnego aneksu do umowy.

**§ 3**

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania pacjentom Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii zgodnie z zasadami wynikającymi z warunków umowy (kontraktu) zawartej przez Udzielającego Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a w szczególności do:

-przeprowadzenie wywiadu i badania fizykalnego,

-udzielanie porad i przeprowadzania zabiegów w warunkach ambulatoryjnych,

-udzielanie porad w ramach wizyt domowych w przypadku wymagających tego ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego,

-zlecania i interpretacji badań diagnostycznych.

2.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek prowadzenia **w formie elektronicznej** indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zbiorczej dokumentacji medycznej, księgi zabiegowej oraz dokumentacji statystycznej.

3.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób **rzetelny**izgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w tym zakresie oraz zgodnie z ustaleniami z NFZ .

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dokonywania stosownych wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów **w Elektronicznej Dokumentacji Elektronicznej w systemie informatycznym** Udzielającego Zamówienie. 5. Przyjmujący Zamówienie upoważniony jest do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Udzielającego Zamówienie zgodnie z przepisami Ustawy
z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781. z późn. zm.).

6.Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ochrony danych zawartych w dokumentacji wymienionej
w punkcie 2 jak również jej udostępniania na zasadach określonych odpowiednimi przepisami.

7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia listy oczekujących.

8.Nieczytelne/błędne dane w dokumentacji medycznej wymagane w sprawozdawczości statystycznej dla NFZ Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się uzupełnić/poprawić do 5 dnia miesiąca za poprzedni okres rozliczeniowy.

9.W przypadku niedotrzymania terminu wymienionego w punkcie 6 lub braku możliwości ustalenia danych, udzielona porada nie zostanie ujęta w sprawozdaniu do NFZ ze skutkami finansowymi (korekta/zmniejszenie ilości wykonanych porad/punktów za dany okres rozliczeniowy) dla Przyjmującego Zamówienie.

10.Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za zakwalifikowanie udzielonej porady do odpowiedniego typu w/g umowy Udzielającego Zamówienie z NFZ i zobowiązany jest do składania (wraz z rachunkiem) comiesięcznych zestawień z udzielonych świadczeń medycznych w/g wzoru dostarczonego przez Udzielającego Zamówienia.

11.Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za przepisywane leki, środki farmaceutyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny i inne środki medyczne oraz za dokumentowanie tych faktów, w tym za przepisywanie leków refundowanych zgodnie z posiadanymi przez chorych uprawnieniami wynikającymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i schorzeń uprawniających do korzystania z leków i środków farmaceutycznych nieodpłatnie lub za częściową odpłatnością, a opublikowanych w stosownych aktach prawnych (obwieszczeniach) Ministerstwa Zdrowia.

12.Za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielanego zamówienia odpowiedzialność solidarnie ponoszą Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

13.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do należytego przestrzegania praw pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

14.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewniania odpowiedniej, jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

**§ 4**

1.Wynagrodzenie z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową strony określają w sposób następujący:

a) w zakresie porad w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia wynagrodzenie miesięczne obliczane będzie w zależności od liczby porad wykonanych w danym miesiącu w przeliczeniu na punkty w zależności od typu porady. Za zrealizowane punkty przewidziane w kontrakcie w okresie **od 02.04.2024 r. do 31.12.2025 r**. przysługuje zapłata w wysokości **……………………..** za punkt.

2. Za poradę pełnopłatną poza kontraktem z NFZ – **…………** kwoty ustalonej wg Cennika WSPL SP ZOZ
w Rzeszowie.

3. Wpłaty za porady poza kontraktem (płatne) pacjenci dokonuje w Rejestracji Udzielającego Zamówienie.

**§ 5**

Strony umowy uzgadniają, że Przyjmującego Zamówienie obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat lub innych dóbr od pacjentów lub ich rodzin z tytułu udzielania świadczeń medycznych objętych niniejszą umową pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§ 6**

1. W rozliczeniu miesięcznym obowiązuje ilość rozliczonych punktów przez NFZ.
2. Przyjmujący Zamówienie może udzielać porad w ramach kontraktu z NFZ ponad ustalony limit. Porady takie rozliczone będą zgodnie z punktem nr 3.
3. Udzielający Zamówienia zwiększy ilość punktów za miesięczny lub roczny okres rozliczeniowy w przypadku zapłaty przez NFZ za wykonane faktycznie porady lekarskie ponad limit obowiązujący w umowie pomiędzy Udzielającym Zamówienie a Przyjmującym Zamówienie. Powyższe zmiany nie wymagają pisemnego aneksu
do niniejszej umowy. W takim przypadku cena za punkt rozliczeniowy nie ulega zmianie.

**§ 7**

1.Przyjmujący Zamówienie z tytułu realizacji przedmiotu umowy otrzyma wynagrodzenie stanowiące iloczyn sumy udzielonych świadczeń i ceny jednostkowej, o której mowa w §4 umowy z tym, że za porady wymienione w §4 pkt.
1 do limitu wymienionego w §6 pkt. 1

2.Przyjmujący Zamówienie wystawia rachunek (fakturę) i doręcza go wraz z rozliczeniem statystycznym udzielonych świadczeń medycznych Udzielającemu Zamówienia do 7. **dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy**.

3.Zapłata następuje do 30. dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy przy zachowaniu terminu,
o którym mowa w punkcie poprzedzającym. **Opóźnienie terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.**

4.Należność w rachunku (fakturze) winna obejmować okres sprawozdawczy wymieniony w pkt. 2 i może być powiększona o rozliczenie faktycznie wykonanych procedur medycznych.

5.Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie może ulec obniżeniu, jeżeli z jego winy zostanie zakwestionowana przez NFZ ilość udzielonych porad, ilość wykonanych punktów, lub procedur medycznych, lub jakość prowadzonej dokumentacji medycznej, skutkująca obniżeniem należnego wynagrodzenia na rzecz Udzielającego Zamówienie
jak również w przypadku wymienionym w §3 pkt. 7

6.Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania kar z faktur/rachunków wystawianych przez Przyjmującego Zamówienie nałożonych na WSPL SP ZOZ w Rzeszowie w pełnej wysokości szkody powstałej
na skutek:

a)nieprawidłowego wystawiania recept refundowanych przez NFZ,

b)prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób nieczytelny, niekompletny lub jej braku,

c)przedstawiania do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń,

d)stwierdzenia braku realizacji zaleceń pokontrolnych

e)stwierdzenia szkody na zdrowiu i życiu pacjenta z winy Przyjmującego Zamówienie

7.W przypadku ustania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uregulowania należności wynikających
z §7 pkt 5 i §7 pkt 6 w kasie WSPL SP ZOZ w Rzeszowie lub na konto Udzielającego Zamówienia.

**§ 8**

1.Przyjmujący Zamówienie udzielać będzie świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach i przy użyciu sprzętu
oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

2.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dbania o mienie Udzielającego Zamówienie wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem nin. umowy oraz odpowiada za szkody powstałe w powyższym mieniu.

3.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek niezwłocznego zgłaszania personelowi Udzielającego Zamówienie wszelkich szkód w mieniu, a także potrzeb w zakresie napraw sprzętu oraz zapotrzebowania na materiały medyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

**§ 9**

Przyjmujący Zamówienie dla celów realizacji niniejszej umowy we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:

- odzież ochronną,

- aktualne szkolenia z zakresu BHP,

- aktualne badania profilaktyczne z potwierdzeniem barku przeciwwskazań zdrowotnych i epidemiologicznych
 do pracy na określonym stanowisku, których, których kopię przedstawi Udzielającemu Zamówienie– stanowiące załącznik do niniejszej umowy.

**§ 10**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dniach i godzinach określonych
w harmonogramie pracy poradni stanowiącym załącznik **nr 1** do umowy
2. Dni i godziny pracy Udzielający Zamówienie poda do wiadomości pacjentów poprzez zamieszczenie stosownych informacji na tabliczkach informacyjnych przy drzwiach właściwego gabinetu lekarskiego.
3. Strony dopuszczają wyjątkowo, w szczególnie uzasadnionych wypadkach możliwość ustalenia innych godzin realizacji świadczeń.
4. Zmiana terminu udzielania świadczeń nie wymaga pisemnego aneksu do powyższej umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest złożyć nowy harmonogram w formie pisemnej na druku wg załącznika nr 2, który zostanie włączony do dokumentacji umowy.

**§ 11**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zawarł obowiązkową umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, której potwierdzona za zgodność kopia stanowi załącznik **nr 2** do nin. umowy. Minimalną sumę gwarancyjną określają odpowiednie przepisy powszechnie obowiązujące.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy z WSPL SP ZOZ w Rzeszowie oraz wznawiania umowy ubezpieczenia w dniu jej wygaśnięcia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest bez wezwania do dostarczenia kopii zawartej umowy po jej wznowieniu.

**§ 12**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do osobistego wykonywania przedmiotu umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych
z zakresu dermatologii planowane przerwy w wykonywaniu świadczeń (inne niż nagłe i nieprzewidziane) wymagają pisemnego powiadomienia Zleceniodawcy i powinny być zgłaszane z odpowiednim wyprzedzeniem na druku dostarczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie ma prawo do przerwy w udzielaniu świadczeń w wymiarze nie większym niż 14 dni w ciągu roku kalendarzowego.
4. W sytuacjach nagłych i nieprzewidzianych Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić Udzielającego Zamówienie (rejestrację i/lub komórkę statystyki).
5. W sytuacjach wyjątkowych za uprzednią pisemną zgodą Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie może powierzyć udzielanie świadczeń będących przedmiotem umowy innej, uprawnionej do ich wykonywania osobie.
6. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za działania i zaniechania zaistniałe przy udzielaniu świadczeń przez osobę trzecią, której powierzył czasowe wykonywanie przedmiotu umowy jak za własne.

**§ 13**

1. Umowa nin. może być rozwiązana przez każdą ze stron na piśmie z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania nin. umowy w trybie natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia jej postanowień przez Przyjmującego Zamówienie, a także w przypadku:
3. nieuzasadnionej odmowy przyjęcie pacjenta,
4. uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
5. nieusprawiedliwionej przerwy w realizacji świadczeń,
6. udzielania świadczeń w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających,
7. spożywanie alkoholu lub przyjmowanie substancji odurzających podczas udzielania świadczeń,
8. utraty przez Przyjmującego Zamówienia uprawnień do wykonywania zawodu,
9. pozbawienia możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszenia w wykonywania w wykonywania zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
10. popełnienie w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, jeśli popełnione przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub jest oczywiste.
11. Umowa ulega rozwiązaniu w trybie natychmiastowym jeżeli umowa zawarta z NFZ z zakresu dermatologii
i zostanie zakończona.

**§ 14**

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od Udzielającego Zamówienia w czasie wykonywania umowy, niepodanych do publicznej wiadomości.
3. W przypadku naruszenia postanowień ust. 2 Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

**§ 15**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Udzielającego Zamówienie oraz NFZ
w zakresie realizacji przedmiotu nin. umowy. Ustalenia kontroli wewnętrznej i NFZ w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych są dla przyjmującego Zamówienie wiążące. Stwierdzone uchybienia Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się usunąć, a postawione wnioski zastosować przy udzielaniu świadczeń medycznych.

**§ 16**

1. Jeśli w trakcie wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawa do wystąpienia Stron o renegocjację warunków umowy lub czasu jej obowiązywania.

**§ 17**

1. Administratorem Pana danych osobowych jest Dyrektor WSPL SP ZOZ w Rzeszowie.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celach księgowych i realizacji celów statutowych. Dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Przysługuje Pani prawo do dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji nin. umowy.

**§ 18**

1. W sprawach nieuregulowanych nin. umową mają zastosowanie przepisy: kodeksu cywilnego, Ustawy z dnia
15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (z późn.zm.), ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
z 1996 r. (z późn.zm.), a także szczegółowe warunki NFZ o udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż zna i zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania ambulatoryjnych świadczeń z zakresu dermatologii określonych w treści kontraktu zawartego pomiędzy Udzielającym Zamówienie a NFZ.
3. Wszystkie zmiany nin. umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§19**

Ewentualne spory wynikające z realizacji nin. umowy poddane zostają pod rozstrzygnięcie odpowiedniego Sądu Powszechnego w Rzeszowie.

**§20**

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

 ............................................... ............................................

 Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

Załączniki:

Nr 1.Harmonogram pracy Poradni Dermatologicznej

Nr 2 Zmiana harmonogramu pracy

Nr 3. Potwierdzona kopia polisy ubezpieczeniowej

**Załącznik nr 1. Harmonogram pracy w Poradni Dermatologicznej**

HARMONOGRAM PRACY

|  |  |
| --- | --- |
| DZIEŃ TYGODNIA | GODZINY PRZYJĘĆ |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

**Załącznik nr 2 Zmiana harmonogramu czasu pracy**

Rzeszów, dn………………. r.

ZMIANA HARMONOGRAMU PRACY

|  |  |
| --- | --- |
|  | Harmonogram |
|  | obowiązujący | nowy  |
| Poniedziałek |  |  |
| Wtorek |  |  |
| Środa |  |  |
| Czwartek |  |  |
| Piątek |  |  |
| Sobota |  |  |

Zmiana harmonogramu pracy od ………………………………..

…………………………………
Podpis i pieczątka lekarza

**Załącznik nr 3. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej.**