

**Umowa Nr ...../2017**  
**o udzielenie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu ..... r. w Rzeszowie na podstawie art. 26, 26a i 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 1638) pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie**

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16  
REGON 690028840, NIP 8132892063, KRS 0000020148

reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia**

a

.....

.....

.....

pod adresem .....

REGON ....., NIP .....

Mocą zgodnego oświadczenia woli, po przeprowadzeniu konkursu ofert strony umowy ustalają co następuje:

§ 1

**Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, o których mowa w §2 ust. 1 umowy w zakresie porad specjalistycznych w **Poradni Otorynolaryngologicznej Przychodni w Rzeszowie**.

§ 2

1. **Przyjmujący Zamówienie** świadczy usługi pacjentom **Udzielającego Zamówienia** uprawnionym do leczenia na podstawie umów podpisanych z NFZ i innymi podmiotami, a także w przypadkach wymagających udzielania pomocy doraźnej (zwanymi w treści umowy pacjentami).
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń w sposób ciągły i systematyczny w czasie trwania umowy.

§ 3

1. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w dniach i godzinach określonych w harmonogramie Poradni Otorynolaryngologicznej stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Dni i godziny pracy **Udzielający Zamówienia** poda do wiadomości pacjentów poprzez zamieszczenie stosownych informacji na drzwiach właściwego gabinetu lekarskiego.
3. Udzielane na podstawie umowy świadczenia zdrowotne muszą być niezbędne, celowe i adekwatne do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia pacjentów pod rygorem odmowy zapłaty wynagrodzenia przez **Udzielającego Zamówienia**.

§ 4

**Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, iż:

- a) świadczy usługi na rzecz ludności osobiście w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej i z tego tytułu rozlicza się z odpowiednim urzędem skarbowym,
- b) dochody z niniejszej umowy rozliczy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,
- c) zgłosi swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia się z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

## § 5

1. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z jak najlepszym wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
  - b) Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie,
  - c) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - d) procedur i standardów obowiązujących w SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie.
3. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do potwierdzenia zapoznania się z dokumentami, o których mowa w ust. 2 poprzez system informatyczny „Isolda” służący do zarządzania organizacją i dokumentacją ISO.

## § 6

1. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, w tym dokumentacji medycznej elektronicznej obowiązującej u **Udzielającego Zamówienia** oraz sporządzania obowiązujących sprawozdań.
2. Informacje dotyczące pacjenta a w szczególności jego choroby mogą być przekazane uprawnionym instytucjom i osobom trzecim tylko na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.
3. **Przyjmujący Zamówienie** ponosi całkowitą odpowiedzialność za prowadzone leczenie w tym przepisywane leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz prowadzoną dokumentację lekarską.

## § 7

1. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922 z późn. zm.) oraz stosowania zarządzeń i dokumentów obowiązujących u **Udzielającego Zamówienia** związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Przyjmującego Zamówienie** stanowi załącznik nr 2 do umowy.

## § 8

**Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do:

- a) zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną określoną odpowiednimi przepisami,
- b) dostarczenia **Udzielającemu Zamówienia** kopii polisy, o której mowa w pkt a),
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej,
- d) zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności, tytułów naukowych oraz dostarczenia **Udzielającemu Zamówienia** dokumentów potwierdzających te zmiany.

## § 9

**Przyjmującego Zamówienie** obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub jego spożywanie w czasie wykonywania świadczeń.

## § 10

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

- a) odzież ochronną,
- b) aktualne szkolenia z zakresu BHP,
- c) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami.

## § 11

1. **Przyjmujący Zamówienie** przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli **Udzielającego Zamówienia**, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych przepisami podmiotów.
2. **Przyjmujący Zamówienie** ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie wg zasad określonych w art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

## § 12

**Przyjmujący Zamówienie** sprawuje kontrolę merytoryczną oraz nadzoruje pracę personelu medycznego współpracującego w udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy, a także kontroluje wykonywanie wydawanych przez siebie zleceń.

## § 13

**Przyjmujący Zamówienie** podczas udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy współpracuje z personelem pielęgniarskim lub innym personelem medycznym w zakresie:

1. Obowiązku kierowania w pierwszej kolejności na badania diagnostyczne, laboratoryjne do pracowni działających w strukturze **Udzielającego Zamówienia**.
2. W dalszej kolejności wystawienia skierowania na badania diagnostyczne, laboratoryjne do innych podmiotów leczniczych, z którymi **Udzielający Zamówienia** ma podpisaną umowę lub wskazanych przez **Udzielającego Zamówienia**.
3. Kontroli otrzymanych wyników badań zgodnych z wydanymi przez siebie zleceniami.

## § 14

1. **Przyjmujący Zamówienie** ma obowiązek powiadomić **Udzielającego Zamówienia** na piśmie o każdej nieobecności powodującej przerwę w udzielaniu świadczeń nie później niż 30 dni przed planowaną nieobecnością.
2. **Przyjmujący Zamówienie** w sytuacjach będących skutkiem działania siły wyższej ma obowiązek zgłosić swoją nieobecność niezwłocznie telefonicznie do Pielęgniarki Koordynującej Poradni Specjalistycznych tel. 17 86 43 349 lub do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 17 86 43 266 oraz w możliwie jak najkrótszym terminie na piśmie.
3. Druk podania o wyrażenie zgody zgodnie z załącznikiem nr 3 w przedmiotowej umowie.

## § 15

1. **Udzielający Zamówienia** będzie informował **Przyjmującego Zamówienie** o przysługujących mu miesięcznych limitach punktów zakontraktowanych przez **Udzielającego Zamówienia** z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie za pomocą aplikacji „Wspomaganie rozliczeń z NFZ i statystyki medycznej”.
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do wykonania przydzielonego limitu punktów przypadających na dany miesiąc.
3. W przypadku zapotrzebowania na świadczenie zdrowotne dopuszcza się wykonanie ich ponad limit, o którym mowa w ust. 1 w wysokości do 1/12 limitu rocznego.
4. Możliwość wykonania nadwykonań dopuszcza się w okresie od stycznia do sierpnia roku rozliczeniowego.
5. **Udzielający Zamówienia** w rozliczeniu rocznym zapłaci **Przyjmującemu Zamówienie** wynagrodzenie wyłącznie za opłacone świadczenia zdrowotne przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

## § 16

1. **Przyjmującemu Zamówienie** przysługuje wynagrodzenie wynikające z iloczynu:
  - a) liczby wykonywanych punktów i ceny jednostkowej, o której mowa w § 17 a),
  - b) sumy udzielonych świadczeń i cen jednostkowych, o których mowa w § 17 od b) do d).
2. Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Przyjmującego Zamówienie** wskazany w przedłożonym rachunku lub fakturze.
3. **Przyjmujący Zamówienie** wystawia rachunek i doręcza **Udzielającemu Zamówienia** do 7-go dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy. Rachunek wyszczególnia: ilość punktów/porad ich cenę oraz wartość łączną.

4. Zapłata następuje do **30-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.
5. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego Zamówienia**.

#### §17

Strony ustalają następujące stawki brutto udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- |   |         |                |
|---|---------|----------------|
| a) za poradę leczniczą według zasad sprawozdawania i dokumentowania NFZ | - ..... | zł/punkt       |
| b) za konsultacje oddziałową  | - ..... | zł/konsultacja |
| c) za poradę pełnopłatną  | - ..... | /porada        |
| d) za poradę dla potrzeb medycyny pracy                                 | - ..... | /porada        |

#### § 18

1. W przypadku negatywnej weryfikacji kwalifikacji porad lub negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie, **Udzielający Zamówienia** dokonuje stosownej korekty w „wykazie kwot do rachunku” przekazywanym **Przyjmującemu Zamówienie**, którą **Przyjmujący Zamówienie** uwzględnia w wystawionym rachunku za bieżący okres.
2. W przypadku odmowy przez **Przyjmującego Zamówienie** wystawienia rachunku zgodnego z korektą, o której mowa w ust. 1, **Udzielający Zamówienia** może dokonać potrącenia kwoty spornej przy zapłacie bieżącego rachunku.
3. W przypadku rozwiązania umowy, **Przyjmującego Zamówienie** zapłaci kwotę wynikającą z korekty na konto **Udzielającego Zamówienia**.

#### §19

1. **Udzielający Zamówienia** dla potrzeb realizacji przedmiotu umowy nieodpłatnie zabezpieczy:
  - a) odpowiednią ilość przeszkolonego personelu medycznego średniego i niższego,
  - b) pomieszczenia wraz z wyposażeniem, środki łączności oraz artykuły biurowe,
  - c) artykuły sanitarne, leki i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji przedmiotu umowy,
  - d) wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentów.
2. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest racjonalnie gospodarować środkami wymienionymi w ust. 1.

#### § 20

Umowa ulega rozwiązaniu:

- a) z upływem czasu, na który była zawarta,
- b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
- c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

#### § 21

W razie rozwiązania niniejszej umowy **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest niezwłocznie przekazać **Udzielającemu Zamówienia** dokumenty, pieczętąki i inne materiały dotyczące świadczonych usług.

#### § 22

Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres od ..... r. do ..... r.

#### § 23

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenie czasu jej obowiązywania.

#### § 24

1. Postanowienia niniejszej umowy oraz wszelkie informacje uzyskane o drugiej stronie umowy nie podane do publicznej wiadomości są objęte tajemnicą zarówno w czasie trwania umowy jak również po jej ustaniu.

2. Naruszenie zakazu, o którym mowa wyżej rodzi obowiązek zapłaty kary umownej w wysokości 5.000,00 zł.

#### § 25

1. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Spory wynikłe na tle realizacji umowy, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego rzeczowo sądu w Rzeszowie.
3. Do kwestii nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.

#### § 26

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje **Przyjmujący Zamówienie**, a dwa **Udzielający Zamówienia**.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

## Harmonogram

## Poradni Otorynolaryngologicznej

lek. med. ....

<b>Lp.</b>	<b>Dzień</b>	<b>Godziny</b>
1.	poniedziałek	
2.	wtorek	
3.	środa	
4.	czwartek	
5.	piątek	

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Rzeszów, dnia .....

**Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych.**

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922 z późn. zm.) upoważniam Panią/Pana

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

wykonującą świadczenia zdrowotne w:

**Poradni Otorynolaryngologicznej  
Przychodni w Rzeszowie**  
(nazwa komórki organizacyjnej)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie:

*dokumentacji medycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie.*

.....  
(podpis administratora danych)

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

Rzeszów, dnia.....

**PODANIE**  
**o wyrażenie zgody na nieobecność**

Imię i nazwisko:.....

Miejsce udzielania świadczeń: .....

nazwa poradni

*Stosownie do postanowień umowy nr ..... z dnia ..... o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieobecność :*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*zgodnie z moim harmonogramem wykonywania świadczeń zdrowotnych.*

.....  
podpis osoby zgłaszającej swoją nieobecność

Opinia Pielęgniarki Koordynującej Przychodni:

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

Wyrażam zgodę na ww. nieobecność

.....  
data i podpis

.....  
podpis Dyrektora/Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

Wg rozdzielnika:

1. Sekcja Kadr i Spraw Socjalnych (oryginał),
2. Dział Informatyki, Rozliczeń i Statystyki Medycznej (kserokopia)