

wzór umowy dla fizjoterapeuty
UMOWA NA UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

zawarta w dniu..... w Ciechanowie

pomiędzy: *Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim Ciechanowie*

zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000008892 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego posiadającym NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622

reprezentowanym przez **Andrzeja Kamasę – Dyrektora**
zwanym dalej **Udzielającym zamówienia**

a

....., prowadzącyzam.ul.

Wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem oraz wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej posiadający nr NIP i REGON

zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

Podstawą prawną do zawarcia umowy jest art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2021, poz. 711 ze zm.)

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych w **Pododdziale Medycyny Paliatywnej (hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym)**, w oddziałach szpitalnych, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla pacjentów uprawnionych do świadczeń zdrowotnych. Szacunkowa ilość ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obejmuje liczbę ok. 90 tys. osób.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów fizjoterapeutycznych w **Pododdziale Medycyny Paliatywnej (hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym), oddziałach szpitalnych.**
3. Przyjmujący zamówienie w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega Koordynatorowi Oddziału w którym aktualnie udziela świadczeń działającemu w imieniu Udzielającego zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów fizjoterapeutycznych, bieżącym i systematycznym prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów leczonych i nowoprzyjętych a także dokonywania zapisów w obowiązującym systemie informatycznym AMMS oraz innej dokumentacji, do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienia. Zapisy w dokumentacji papierowej są zbieżne z zapisami w systemie informatycznym.
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.
6. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów w celu realizacji umowy.
7. **Przyjmujący zamówienie** może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego zamówienie.

§ 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania obowiązującymi w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych w **Pododdziale Medycyny Paliatywnej (hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym), w oddziałach szpitalnych**, na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzenia Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i innych przepisów prawa.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** na rzecz **Udzielającego zamówienie**, przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Przyjmującego zamówienie**. Sprzęt i aparatura medyczna spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
2. Szczegółowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalany w drodze porozumienia przez strony umowy.
3. Liczba godzin do udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych nie więcej niż 5 godzin w

dziennie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.

4. Liczba godzin do wypracowania w tygodniu zgodnie z wymaganiami NFZ nie może przekroczyć: hospicjum stacjonarne 19 godzin, hospicjum domowe 19 godzin.
5. Przyjmujący zamówienie zapewni we własnym zakresie pojazd w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych w hospicjum domowym.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ponoszenia kosztów dojazdu do pacjentów w ramach hospicjum domowego.
7. **Przyjmujący zamówienie może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego zamówienie.**

§4

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.01.2022r. do dnia 31.12.2022r.

§5

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, i innymi podmiotami.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.

§6

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz.666 z późn. zm.).

§7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdanie, podlega weryfikacji Dział Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, a zatwierdza Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w przypadku jego nieobecności osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.

§8

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie, stanowiącej iloczyn udokumentowanej liczby godzin udzielanych świadczeń x stawka zł /godz.
2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 21 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 7.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana Przyjmującemu zamówienie na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze/ rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.

§ 9

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzą w zakres prowadzonej przez **Przyjmującego zamówienie** pozarolniczej działalności gospodarczej.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
3. **Przyjmujący zamówienie** samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym.

§10

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie**.

§11

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie**.
2. **Ponadto Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność wobec Udzielającego zamówienie za szkody powstałe z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie i wynikających z:
 - a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego.
 - b) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
 - c) nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
 - d) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. **Udzielający zamówienia** uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nalożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a **Udzielającym zamówienia**, jeżeli nalożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez **Przyjmującego zamówienie** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** wyraża zgodę na potrącenie kwot wyżej wymienionych kar finansowych z bieżącego wynagrodzenia przysługującego od Udzielającego zamówienia, powstałych na skutek zawinionych działań **Przyjmującego zamówienie**.
5. O wymierzeniu kary umownej każdorazowo **Przyjmujący zamówienie** będzie powiadamiany w formie pisemnej.
6. W przypadku kiedy wysokość szkody spowodowanej przez **Przyjmującego zamówienie** przewyższa zastrzeżone w umowie kary umowne, Świadczeniodawca ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych

§ 12

1. Niezależnie od § 11 Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo nalożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej :
 - a) za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
 - b) za każdy dzień uchylenia terminowi złożenia dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
 - c) za każdy dzień nieusprawiedliwionej i niezgodnionej nieobecności w wysokości 1/20 wartości należnej za dany miesiąc.
2. Postanowienia paragrafu 11 i 12 nie wyłączają stosowania zapisów umowy dotyczących możliwości jej rozwiązania

§ 13

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy,
3. utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
4. zasięgania opinii ordynatora oddziału w przypadkach wątpliwych lub trudnych diagnostycznie,
5. wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej oraz pokrywania kosztów utrzymania tej odzieży w należyłym stanie,
6. zabezpieczenia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych.
7. poddania się okresowej ocenie pracownika, w związku z Systemem Zarządzania Jakością jaki funkcjonuje u Udzielającego zamówienie.

§ 14

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach.:

1. z upływem czasu, na który została zawarta,
2. na mocy porozumienia stron,
3. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli **Przyjmujący zamówienie** narusza postanowienia umowy lub jeśli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie **Udzielającego zamówienia**,
4. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie**, a dotyczących:
 - a) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
 - b) nie przedstawiania w ustalonym niniejszą umową terminie wymaganych sprawozdań i informacji.
5. Uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub

przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

§ 15

1. **Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Przyjmujący zamówienie:
 - a) utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszono,
 - b) przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienia**,
 - c) nie dotrzymał warunków określonych w § 13 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
 - d) w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

§16

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie **Udzielający zamówienia** złoży Przyjmującemu zamówienie na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

§17

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 8 przekraczającej 14 dni lub w przypadku rażąco naruszenia innych postanowień umowy.

§18

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2021r. poz. 711 ze zm) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) , ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2018, poz. 617 z późn. zm.) oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

§ 19

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2018 poz. 419) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

§20

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

§21

Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

§ 22

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozpatruje Sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

RADCA PRAWNY

Dorota Nadratowska-Malinowska

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY

Za miesiąc rok

(imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie)

l.p.	Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia/ PESEL	Data wykonania świadczenia	Godziny od -do	Nazwa oddziału w którym udzielono świadczeń
Razem					

.....
 pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
 pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

