



Znak sprawy: **Rz.P. I 3311 /9/2023**

UMOWA

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W WOMP CP-L W LUBLINIE**

Zawarta w dniu ..... w Lublinie pomiędzy:

**Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicy w Lublinie**,  
ul. Nałęczowska 27, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego- rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie, z siedzibą w Świdniku pod numerem **0000012209**, NIP **712-25-20-810**,

reprezentowanym przez:

**Dyrektora - lek.med. Annę Rutczyńską –Rumińską**

zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia**”,

a:

.....

.....

REGON:

NIP: .....

Numer prawa wykonywania zawodu:

zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**”,

zwanymi dalej „Stronami”.

Umowę zawarto w trybie konkursu ofert na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023r., poz. 991 ze zm.) następującej treści:

§ 1

Udzielający Zamówienia zleca a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych **w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w tym fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie : Pracownia Fizjoterapii, w szczególności w domu pacjenta** wg harmonogramu pracy stanowiącego Załącznik Nr 1 do umowy.

§ 2

1.Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych **w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w tym**

## **fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie : Pracownia Fizjoterapii .**

wraz ze sporządzaniem dokumentacji medycznej i statystycznej w formie elektronicznej zgodnie z wymogami NFZ

### **Zamówienie dotyczy: realizacji świadczeń w okresie od 16.10.2023r. do 15.10.2028r według harmonogramu**

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń, o których mowa w § 2 osobiście na warunkach określonych niniejszą umową .

3. Świadczenia **zdrowotne** realizowane będą w **Pracowni Fizjoterapii , w szczególności w domu pacjenta** i udzielane zgodnie z wymogami NFZ przewidzianymi dla pracy Poradni.

#### **§ 3**

Udzielający Zamówienia:

1. nieodpłatnie udostępnia Przyjmującemu Zamówienie pomieszczenia, sprzęt i aparaturę należących do Udzielającego Zamówienia służące do realizacji umowy.
2. zapewnia zaopatrzenie w materiały medyczne, preparaty diagnostyczne i inne środki medyczne niezbędne do bieżącej realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy, na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.

#### **§ 4**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania:
  - a/ praw pacjenta,
  - b/ przepisów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - c/ standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego Zamówienia, NFZ i obowiązujących przepisów,
  - d/ Zarządzeń i Regulaminów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie jest obowiązany do:
  - a/ prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej wynikającej z obowiązujących przepisów prawa wg procedur obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
  - b/ uczestnictwa w realizacji i opracowywania procedur ISO,
  - c/ informacji o realizacji przyjętego zamówienia udzielanej na żądanie **Kierownika Ośrodka Rehabilitacji Leczniczej**
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
  - a/ ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §2 umowy, zgodnie z Rozp. Min.Fin. z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019, poz. 866), **z dodatkową klauzulą odpowiedzialności za naruszenie praw pacjenta.**
  - b/ dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,
  - c/ utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
5. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Udzielającego Zamówienia a także innych uprawnionych organów, w szczególności NFZ, szczególnie w zakresie dostępności, sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, stosowanych procedur, ponosząc ryzyko ewentualnych kar nałożonych na Udzielającego Zamówienia. W tym zakresie Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazania Udzielającemu Zamówienia wszystkich niezbędnych informacji o sposobie realizacji zamówienia. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie ewentualnej kary z należnego wynagrodzenia.
6. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszty napraw sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego Zamówienia.

7. O każdej awarii sprzętu Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie informować na piśmie Kierownika Sekcji Techniczno- Administracyjnej Przyjmującego zamówienie.
8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do nie udostępniania i ochrony informacji zawodowych, do których uzyskał dostęp w wyniku podjęcia pracy, w szczególności ochrony tajemnicy zdrowotnej pacjenta.
9. Przyjmujący Zamówienie może powierzyć w wyjątkowo uzasadnionych przypadkach wykonanie zlecenia osobie trzeciej o tożsamyh kwalifikacjach za uprzednią zgodą Udzielającego Zamówienia udzieloną na piśmie.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia świadczeń z zakresu bhp (szkolenia, profilaktyczna ochrona zdrowia ) we własnym zakresie.
11. W przypadku niezdolności do świadczenia usług Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Udzielającego Zamówienia o przewidywanym okresie trwania nieobecności i wskazać osobę zastępującą, która posiada odpowiednie uprawnienia, spełnia wymogi stawiane przez Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia i przedstawi umowę odpowiedzialności cywilnej. Osoba taka ma obowiązek zawrzeć z Udzielającym zamówienie umowę o powierzenie danych osobowych i wypełniać wszystkie obowiązki wynikające z niniejszej umowy. Rozliczenie i zasady współpracy zostaną określone na podstawie odrębnej umowy. Za okres zastępstwa bądź nieobecności Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje wynagrodzenie.

#### §5

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymogami oraz potrzebami Udzielającego Zamówienia.
2. Właścicielem dokumentacji medycznej jest Udzielający Zamówienia. Udostępnianie dokumentacji medycznej Przyjmującemu Zamówienie następuje wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz zgodnie z zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przestrzegać przepisów Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 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.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia przepisów wymienionych w ust. 3 i ewentualnego udostępnienia danych osobowych pacjentów osobom do tego nieuprawnionym.

#### § 6

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w obuwiu, odzieży ochronnej spełniającej wymogi Polskich Norm określonych w stosownych aktach prawnych .
2. Odzież oraz obuwiu Przyjmujący Zamówienie zapewnia we własnym zakresie i zapewnia utrzymanie ich w należyłym stanie.
3. Zabrania się używania ubrania ochronnego poza czasem udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym również w czasie dojazdu do pracy i z powrotem.

#### § 7

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należności w wysokości ....., zł. ( **brutto**) za punkt w ramach NFZ, Okresy rozliczeniowe – wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.
2. Kwota wskazanego wynagrodzenia jest kwotą całkowitą i obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Udzielający zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że prowadzi działalność gospodarczą i rozlicza się z właściwym Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

4. Niniejsza umowa nie rodzi żadnych skutków w zakresie uprawnień wynikających ze stosunku pracy.

#### § 8

1. Wynagrodzenie za udzielone świadczenia zdrowotne będzie wypłacane w okresach miesięcznych po merytorycznym potwierdzeniu wykonania świadczeń oraz prawidłowości sporządzonej dokumentacji medycznej i przedstawieniu rachunku .  
Merytorycznego potwierdzenia wykonania umowy wraz z dokumentami rozliczeniowymi dokonuje **Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Leczniczej**.
2. Faktury/rachunki za udzielone świadczenia winny być wystawione z datą miesiąca, którego dotyczą i przedkładane Udzielającemu Zamówienie do 7 dnia następnego miesiąca.
3. Udzielający Zamówienia wypłaci Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie na podstawie wystawionych miesięcznych rachunków (faktur), pod warunkiem, iż ilość wykazanych świadczeń wynikających z dokumentacji medycznej i ewidencji prowadzonej w systemie informatycznym będzie pozytywnie zweryfikowana i podpisana przez pracownika Udzielającego Zamówienia.
4. Weryfikacja świadczeń zdrowotnych dokonana przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ stanowić będzie podstawę do ewentualnej korekty rachunku (faktury) na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę.
5. W przypadku weryfikacji dokonanej po kontroli Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego Wykonawca Zamówienia jest zobowiązany do dokonania korekty rachunku (faktury).
6. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienie kar umownych przez uprawnione organy kontroli (NFZ), wynikających z nienależytego wykonania zobowiązania przez Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność finansową, w tym wyraża zgodę na potrącenie kar z przysługującego wynagrodzenia.
7. Realizacja płatności za ostatni m-c obowiązywania umowy nastąpi po ostatecznym rozliczeniu z NFZ.
8. Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość dokonania zmiany zawartej umowy w przypadku:
  - a/ gdy nastąpi zmiana warunków kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w szczególności określenia limitu punktów
  - b/ konieczności uregulowania kwestii warunków współpracy w przypadku usprawiedliwionej nieobecności.
9. Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń z wynagrodzenia wypłaconego na podstawie niniejszej umowy i ponosi obciążenia dotyczące osób prowadzących działalność gospodarczą, według zasad określonych w odrębnych przepisach (rozliczenia z właściwym Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Skarbowych).

#### § 9

Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

#### § 10

Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

1. za zgodą obu stron w każdym czasie,
2. za uprzednim 3 miesięcznym wypowiedzeniem przez każdą ze stron bez podawania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
3. ze skutkiem natychmiastowym przez Udzielającego Zamówienia w razie:
  - a/ utraty uprawnień do wykonywania zawodu,
  - b/ zmiany sposobu i wielkości finansowania świadczeń,
  - c/ popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,

- d/ nie udokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy lub wygaśnięcia polisy ubezpieczeniowej w trakcie trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- e/ naruszenia zakazu pobierania opłat od pacjenta
- f/ wypowiedzenia umowy przez NFZ,
- g/ ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości, skutkującej weryfikacją należności Udzielającego Zamówienia,
- h/ uzasadnionych skarg pacjentów.

§ 11

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **16.10.2023r. do dnia 15.10.2028r.**

§ 12

1. Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony w powstałe spory poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego, właściwego dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich.
4. Przyjmujący zamówienie bez zgody Udzielającego zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie:
  - aktualne postanowienia umowy zawartej pomiędzy WOMP CP-L w Lublinie a NFZ wraz zarządzeniami Prezesa NFZ wraz oz zarządzeniem Prezesa NFZ.
  - odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego,
  - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
  - ustawa z dnia 27 czerwca 1997r o służbie medycyny pracy.

§ 13

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 dla stron.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

**Załącznik Nr 1** Harmonogram świadczeń:

.....  
.....

Do realizacji :

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w tym fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności na rzecz pacjentów WOMPCP-L w Lublinie, w szczególności w domu pacjenta wraz ze sporządzaniem dokumentacji medycznej i statystycznej w formie elektronicznej zgodnie z wymogami NFZ.

Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należności w wysokości ....., zł. ( **brutto**) za punkt w ramach NFZ

*Zamówienie dotyczy realizowania w/w świadczeń w okresie **16.10.2023r. – 15.10.2028r.***

Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		piątek	

.....

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**