

UMOWA O REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zawarta w dniuroku pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie, ul. Żeromskiego 1 (kod: 55-010) reprezentowanym przez:

Dyrektora - dr n. med. Andrzeja Martynowa
zwanym dalej „Zleceniodawcą”

a

....., zwaną dalej „Zleceniobiorcą”.

§ 1

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje wykonywanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Ginekologicznej, w tym szczególnie:
 - 1) badania i porady lekarskie;
 - 2) leczenie (w tym wykonywanie niezbędnych zabiegów) i profilaktykę;
 - 3) kierowanie na badania diagnostyczne i specjalistyczne;
 - 4) kierowanie do leczenia specjalistycznego i szpitalnego na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 5) ordynowanie leczenia farmakologicznego (wystawianie recept) na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 6) wystawianie orzeczeń o stanie zdrowia, w tym o czasowej niezdolności do pracy na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
2. Zleceniobiorca udzieli, w zakresie odpowiadającym pozostającym w dyspozycji Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy środków, świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego według definicji zawartej w art. 3 pkt 8) ustawy z dnia 08 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023r., poz. 1531), w tym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne, objęte przedmiotem umowy będą udzielane w Ośrodku Zdrowia w Świętej Katarzynie przy ulicy Żeromskiego 1.
4. Zleceniobiorca w ramach przedmiotu niniejszej umowy wykona liczbę punktów wskazaną przez Zleceniodawcę adekwatnie do parametrów umowy z NFZ.

§ 2

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń z tym zastrzeżeniem, że godziny udzielania porad będą obejmowały godziny pracy przychodni, a w uzasadnionych przypadkach godziny pracy mogą zostać wydłużone za zgodą (pisemną bądź ustną) przełożonego.
2. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych jest uzgadniany ze Zleceniodawcą na każdy miesiąc do 20 dnia miesiąca poprzedzającego.
3. Nieuzgodnienie harmonogramu świadczeń zdrowotnych w terminie wskazanym w ust. 2 jest równoznaczne z ustaleniem harmonogramu w brzmieniu ustalonym na okres poprzedni.

4. Pierwszy harmonogram świadczeń zdrowotnych jest ustalony najpóźniej w dniu zawarcia niniejszej umowy.
5. Harmonogram lub harmonogramy świadczeń zdrowotnych stanowią integralną część niniejszej umowy.

§ 3

1. Zleceniobiorca w ramach wykonywania świadczeń zdrowotnych zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powszechnego oraz w zgodnych z obowiązującymi wymaganiami formatach (postać elektroniczna).
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami prowadzonymi w formie samodzielnego publicznego zespołu opieki zdrowotnej.

§ 4

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
2. Zleceniobiorca w szczególności zobowiązuje się do przestrzegania:
 - a) praw pacjenta określonych przepisami obowiązującego prawa powszechnego,
 - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez uprawnione do tego podmioty (konsultanci, płatnik) oraz Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca w czasie wykonywania świadczeń korzysta za zgodą Zleceniodawcy z jego bazy lokalowej, aparatury, sprzętu medycznego oraz sprzętu oraz infrastruktury IT i zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu materiałów medycznych, materiałów i artykułów sanitarnych dostarczonych nieodpłatnie przez Zleceniodawcę.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest używać sprzęt, aparaturę medyczną oraz sprzęt i infrastrukturę IT należącą do Zleceniodawcy wyłącznie do realizacji obowiązków Zleceniobiorcy określonych w niniejszej umowie.
5. Zleceniobiorca nie może wykorzystywać środków, o których mowa w ust. 3 i 4 na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że Zleceniodawca zlecił udzielanie świadczeń zdrowotnych za odpłatnością i odpłatność za udzielenie świadczenia zdrowotnego jest należna Zleceniodawcy. Zleceniobiorca nie może kierować pacjenta do placówki komercyjnej celem wykonania procedury objętej finansowaniem ze środków publicznych lub realizowanej odpłatnie przez Zleceniodawcę. Zleceniobiorca nie może uzależniać kontynuowania terapii od skorzystania przez pacjenta z komercyjnych usług Zleceniobiorcy lub podmiotów przez Zleceniobiorcę rekomendowanych.
6. Zleceniobiorca we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:
 - a) odzież roboczą,
 - b) posiadanie aktualnych badań profilaktycznych,
 - c) posiadanie aktualnego szkolenia z zakresu BHP.

§ 5

1. Zleceniobiorca w ramach wykonywania świadczeń zdrowotnych przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Zleceniodawcy, Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że spełnia standardy i wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu właściwego postępowania.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że zapoznał się z treścią umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez Zleceniodawcę z płatnikiem (NFZ) i zobowiązuje się do jej przestrzegania w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy.

§ 6

1. Strony ustalają, że za udzielenie każdej porady określonej w § 1 niniejszej umowy Zleceniodawca wypłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie w kwocie wyliczonej jako wartość % wartości punktów należnych za daną poradę zgodnie z kontraktem zawartym przez Zleceniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Strony zgodnie ustalają, że wartość punktu wynosi

§ 7

1. Podstawą wypłaty należności, o których mowa w § 6 jest faktura prawidłowo wystawiona przez Zleceniobiorcę w terminie 7 dni od zakończenia każdego miesiąca kalendarzowego, jednak nie wcześniej niż po zakończeniu miesiąca kalendarzowego i po zatwierdzeniu przez Zleceniodawcę wypracowanych punktów, o których mowa w ust. 2. Jeżeli usługa jest świadczona do dnia przypadającego przed zakończeniem miesiąca kalendarzowego, dokumenty opisane wyżej są wystawiane i sporządzane po ostatnim dniu świadczenia usług.
2. Zleceniobiorca przedstawi po zakończeniu miesiąca kalendarzowego w formie pisemnej, zweryfikowany wykaz wypracowanych punktów, stanowiący załącznik do faktury Zleceniobiorcy.
3. Faktura bez załącznika lub zawierająca jakiegokolwiek inne usterki nie jest dokumentem prawidłowym w rozumieniu ust. 1.
4. Prawidłową fakturę należy przekazać do Zleceniodawcy:
 - a) Osobiście składając w sekretariacie Zespołu Opieki Zdrowotnej przy ul. Żeromskiego 1, 55-010 Święta Katarzyna,
 - b) Listem poleconym na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej przy ul. Żeromskiego 1, 55-010 Święta Katarzyna
 - c) Wysyłając na adres: **efaktura@zozsk.pl**, pod warunkiem wcześniejszego zawarcia porozumienia ws. przekazywania faktur drogą elektroniczną.

5. Wypłata należności następuje przelewem bankowym w terminie 21 dni od daty przyjęcia przez Zleceniodawcę prawidłowo wystawionej i kompletnej faktury.

§ 8

1. Strony zgodnie oświadczają, że wynagrodzenie opisane niniejszą umową w przeliczeniu na 1 godzinę wykonania usługi nie może być niższa niż minimalna stawka godzinowa za świadczenie usługi ustalona na dany rok kalendarzowy.
2. Rozliczenie wynagrodzenia będzie następować za okresy miesięczne za wykonane w danym miesiącu usługi zgodnie z postanowieniami umowy.
3. Miesiącem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

§ 9

1. Strony niniejszej umowy ponoszą odpowiedzialność solidarną, zgodnie postanowieniami prawa powszechnego, w szczególności ustawy o działalności leczniczej . W przypadku, gdy szkoda jest następstwem okoliczności, za które w całości odpowiada Zleceniobiorca Zleceniodawca ma roszczenie o zwrot ewentualnie wypłaconych sum tytułem naprawienia wyrządzonych szkód.
2. Zleceniobiorca oświadcza i gwarantuje, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powszechnego.
3. Zleceniobiorca przedkłada Zleceniodawcy kopię polisy ubezpieczeniowej najpóźniej w momencie zawarcia niniejszej umowy oraz każdorazowo w przypadku odnowienia polisy w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
4. Nieprzedstawienie dowodu zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej odnowienia (polisy OC) w ww. terminie będzie podstawą do wstrzymania płatności za udzielone świadczenia.

§ 10

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01 stycznia 2025 roku do dnia 31 grudnia 2025 roku.

§ 11

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron przez jej wypowiedzenie bez podawania przyczyny z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności i okres wypowiedzenia obejmuje pełny miesiąc kalendarzowy, chyba że strony inaczej się umówiły.

§ 12

Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

Ochrona danych osobowych, w tym obowiązujące u Zleceniodawcy zasady przetwarzania danych osobowych oraz bezpieczeństwa informacji, do przestrzegania, których zobowiązany jest Zleceniobiorca, opisane są w dokumentach wewnętrznych Zleceniodawcy, z którymi, Zleceniobiorca ma obowiązek zapoznać się przed podpisaniem niniejszej umowy.

§ 14

Sprawy nieuregulowane niniejszą Umową normowane są przepisami prawa powszechnego, w szczególności:

- kodeksu cywilnego
- ustawy o działalności leczniczej,
- ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

§ 15

Ewentualne spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej Umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy miejscowo dla Zleceniodawcy.

§ 16

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

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

Załącznik nr 1 do umowy z dnia roku

Harmonogram Pracy

Lekarza Pani/Pana

Ośrodek Zdrowia w Św. Katarzynie

Poniedziałek

Wtorek

Środa

Czwartek

Piątek

.....
Podpis Zleceniodawcy

.....
Podpis Zleceniobiorcy