

**U M O W A O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
NR 42.....2023**

zawarta we Wrocławiu w dniu 01.2023 roku pomiędzy:

Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy

ul. Oławska 14, 50-123 Wrocławiu

NIP 8971588388; REGON 000294846; KRS 00000433818;

reprezentowanym przez:

Dyrektora – dr n. med. Jarosława Tomczyka

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a

(osoba fizyczna)

Panią/Panemzam.posiadającym
numer Pesel

(zapis przy kontrakcie)

prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą, z siedzibą

posiadającym nr NIP.....Regon.....

przedstawiającym n/w dokumenty:

Dyplom ukończenia szkoływydany przez.....

zwanym w dalszej części umowy **Wykonawcą**

§ 1

MIEJSCE WYKONYWANIA UMOWY

Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych **Psychologa** w ramach realizacji programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Oddział – Centrum Medyczne Joannitów, w Poradni Zdrowia Psychicznego przy Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, ul. Joannitów 10-12, Wrocław

§ 2

PRZEDMIOT UMOWY

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy między innymi zgodnie z zasadami i zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (Dz.U. z 2022r. poz. 2805), w Zarządzeniu nr 27/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2023r.w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (Biul. Inf. Nfz. z 2023r. poz. 27).
2. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu Umowy zgodnie z zakresem obowiązków (załącznik nr 1 do niniejszej umowy) i zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń (załącznik nr 2 do niniejszej umowy).

3. W celu skorzystania z nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu przedmiotu umowy, Wykonawca jest zobowiązany złożyć u Zamawiającego pisemny wniosek nie później niż 14 dni przed planowanym rozpoczęciem przerwy, celem uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego. Zapisy te nie dotyczą spraw losowych (załącznik nr 5).
4. Wykonawca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie przedmiotu umowy oraz spełnia wymagania zdrowotne do udzielania Świadczeń Zdrowotnych ze szczególną starannością i dbałością o interesy pacjentów i Zamawiającego oraz że posiada ważne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych na cały okres świadczenia usług na rzecz Zamawiającego.
5. W ramach realizacji niniejszej Umowy, Wykonawca zobowiązuje się w szczególności do:
 - a) Przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. 2023r. poz. 1545 z póź. zm.);
 - b) Podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych Świadczeń Zdrowotnych;
 - c) Stosowania przepisów obowiązujących u Zamawiającego, w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich, skierowań, opinii i zaświadczeń;
 - d) Prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów zgodnie z aktualnymi obowiązującymi przepisami prawa zgodnie ze standardami przyjętymi przez Zamawiającego;
 - e) Prowadzenia sprawozdawczości medycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz zgodnie z regulacjami wewnętrznymi Zamawiającego;
 - f) Zapoznania się z regulacjami wewnętrznymi Zamawiającego oraz z procedurami ISO zgodnie z przyjętym u Zamawiającego sposobem zapoznawania się z dokumentacją;
 - g) Właściwego wykorzystania udostępnionego mu przez Zamawiającego sprzętu medycznego i innych środków trwałych niezbędnych do realizacji przedmiotu Umowy;
 - h) Znajomości i przestrzegania regulacji NFZ dotyczących udzielania Świadczeń Zdrowotnych, w tym w szczególności zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i wykonywania umów na udzielanie Świadczeń Zdrowotnych. Niniejsze zobowiązanie dotyczy wyłącznie Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
6. Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o uszkodzeniach i niesprawnym działaniu aparatury i sprzętu medycznego, o którym mowa w ust. 5 lit. i.
7. Wykonawca zobowiązuje się do osobistego realizowania przedmiotu umowy.

§ 3

WYNAGRODZENIE

1. Za wykonanie pracy określonej w §1 ust. 1 wykonawca otrzyma wynagrodzenie zł brutto (słownie: złotych) za każdą przepracowaną godzinę w ramach Poradni Zdrowia Psychiatrycznego przy Oddziale Dziennym Psychiatrycznym.
2. Rozliczenie z Wykonawcą następuje w okresach miesięcznych.
3. Podstawą do wystawienia rachunku/faktury jest ewidencja czasu pracy zaakceptowana przez Zamawiającego (Załącznik nr 3)
4. Rachunek za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Wykonawca składa Zamawiającemu w terminie do drugiego dnia następnego miesiąca. Wypłata należności następuje w terminie 14 dni licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku przez Wykonawcę na wskazany przez niego rachunek bankowy.

4. Wynagrodzenie będzie naliczane na koniec miesiąca i płatne do 10 dnia następnego miesiąca w oparciu o rachunek (wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy) złożony do 5 dnia następnego miesiąca, zatwierdzony przez upoważnionego pracownika Zamawiającego. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego¹.
5. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty rachunków/faktur na konto Wykonawcy nr:

§ 4

ODPOWIEDZIALNOŚĆ WYKONAWCY

1. Wykonawca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego, w szczególności do:
 - sposobu udzielania świadczeń,
 - rodzajów i liczby świadczeń zdrowotnych,
 - gospodarowania użytym sprzętem, aparaturą i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej,
 - terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Wykonawca zgadza się do poddania się kontroli realizacji niniejszej umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie objętym umową Zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Wykonawca zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania regulacji NFZ dotyczących udzielania Świadczeń Zdrowotnych, w tym w szczególności zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i wykonywania umów na udzielanie Świadczeń Zdrowotnych. Niniejsze zobowiązanie dotyczy wyłącznie Świadczeń Zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

§ 5

ROZWIĄZANIE ZAWARTEJ UMOWY

1. Każda ze stron może niniejszą umowę wypowiedzieć za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
2. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia wskutek oświadczenia woli jednej ze stron gdy druga strona naruszyła rażąco postanowienia umowy. Rozwiązanie następuje w dacie wskazanej przez składającego oświadczenie.
3. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę warunków umowy, Zamawiającemu przysługiwać będzie prawo natychmiastowego jej rozwiązania i żądania naprawienia przez Wykonawcę powstałych z tego tytułu szkód.
4. Zamawiający może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku nie otrzymania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, utraty prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem innych środków odurzających.

§ 6

KARY UMOWNE

1. W przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie §5 ust.2 lub ust. 3 Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części umowy

¹ Zapis opcjonalny dla umów z osobami fizycznymi nie prowadzącymi działalności gospodarczej (dla zlecenia).

2. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego co najmniej 2-krotnego nienależytego wykonywania umowy przez Wykonawcę, Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 10% należności za ostatni okres rozliczeniowy. Stwierdzenia nienależytego wykonywania umowy musi mieć formę pisemną.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wartość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych
4. Wykonawca jest uprawniony do potrącenia kar umownych z należności za następny okres rozliczeniowy.

§ 7

ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

Zamawiający nie zapewnia Wykonawcy odzieży roboczej i obuwia, które są wymagane ze względu na szczególnie rodzaj czynności wykonywanych na podstawie niniejszej umowy.

§ 8

UBEZPIECZENIE

1. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swym zakresem badania wykonywane na podstawie niniejszej umowy.
2. W okresie obowiązywania niniejszej Umowy Wykonawca ma obowiązek zabezpieczyć ciągłość i ważność polisy O.C. pod rygorem rozwiązania przez Zamawiającego Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
3. Wykonawca zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.

§ 9

POUFNOŚĆ I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Zamawiającego w czasie wykonywania umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobistych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 1731 z póź. zm.) i ustawą z dnia 6 listopada 2008 o prawach i rzeczniku praw pacjenta (tj. Dz.U. 2022r. poz. 1876 z póź. zm.).
2. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie danych osobowych a także od dnia 25 maja 2018 roku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016 /679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO) oraz przepisów wykonawczych w związku z realizacją niniejszej umowy.
3. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust. 1 i ust. 2 Zamawiający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.
4. Obowiązek, którym mowa w ust. 1 obowiązuje także po rozwiązaniu lub wygaśnięciu niniejszej umowy.

§ 10
CZAS TRWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na okres od01.2024r. do 30.04.2024 r.
2. Zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej Umowy, Strony będą rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku braku rozstrzygnięcia w tym trybie, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy dla miejsca siedziby Zamawiającego.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy Kodeksu Cywilnego
3. Wszelkie spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej Umowy, Strony będą rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku braku rozstrzygnięcia w tym trybie, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy dla miejsca siedziby Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....
/ Wykonawca /

.....
/ Zamawiający /

Załączniki:

1. Szczegółowy zakres obowiązków lekarza
2. Harmonogram udzielania świadczeń (dotyczy wyłącznie godzin wykazanych do NFZ)
3. Ewidencja godzin
4. Wzór rachunku
5. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Zakres obowiązków personelu oddziału dziennego psychiatrycznego

1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem , zapewnianie mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego;
2. przeprowadzanie wywiadu, obserwowanie zachowania, wysłuchanie pacjenta, zapoznanie się z jego problemami w przypadku psychoterapii indywidualnej;
3. analizowanie przyczyn zaburzeń pacjenta, dokonywanie diagnozy jego problemów;
4. opracowywanie i wdrażanie nowych metod terapeutycznych mających na celu poprawę zdrowia psychicznego;
5. dostosowanie rodzaju terapii do aktualnej kondycji zdrowotnej uczestnika;
6. nawiązywanie oraz podtrzymywanie kontaktu z pacjentem;
7. udzielanie wsparcia w procesie odzyskiwania przez uczestnika terapii pełni sił fizycznych lub psychicznych;
8. wybór odpowiedniej metody i techniki terapeutycznej do rozwiązania problemów pacjenta, np. w przypadku psychoanalizy stosowanie techniki wglądu, swobodnych skojarzeń, analizy marzeń sennych, oporu, przeniesienia;
9. dobór do grupy terapeutycznej uczestników o określonych cechach;
10. przygotowywanie grupy terapeutycznej do zajęć w przypadku psychoterapii zbiorowej, zajęciowej;
11. gromadzenie informacji o osobach poddawanych psychoterapii/ terapii zajęciowej oraz o efektach tych terapii;
12. przeprowadzanie treningów terapeutycznych dla docelowej grupy pacjentów i osób pragnących poprawić swoje relacje z innymi ludźmi, mających problemy emocjonalne, nie radzących sobie w różnych sferach życia - w rodzinie, pracy, itp.; mające na celu poprawę funkcjonowania społecznego;
13. zwiększenie wiedzy i samoświadomości w odniesieniu do zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań oraz kompetencji dotyczących radzenia sobie ze stresem;
14. współpraca z pozostałym personelem biorącym udział w pilotażu oraz zwiększenie poczucia satysfakcji z udzielonej im opieki i leczenia;
15. dobranie odpowiednich dla pacjenta metod i technik diagnostycznych.

**Harmonogram
udzielającego świadczeń
w DWOMP- Oddział Centrum Medyczne Joannitów
w komórkach organizacyjnych
w okresie od do 30.04.2024r.**

.....
Imię i nazwisko, stanowisko

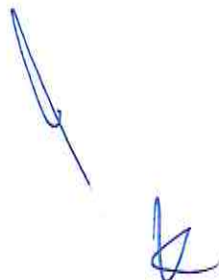
HARMONOGRAM

Zakres świadczeń	poniedziałek		Wtorek		środa		czwartek		piątek		Tyg. liczba godzin udzielania świadczeń
	od	do	Od	Do	od	do	od	do	od	do	
Poradnia godz.

Wrocław, datar

.....
/ Wykonawca /

.....
/ Zamawiający /



Ewidencja godzin

Imię i nazwisko

Komórka organizacyjna/ Poradnia	Data	Godziny od – do	Liczba godzin	Stawka godzinowa	Liczba godzin	Suma końcowa

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'A' shape with a vertical line extending upwards.

Załącznik nr 4 do umowy nr

RACHUNEK Nr za m-c

Wystawił:
dla Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław, zgodnie z § 1 umowy
z dnia za wykonywanie następujących prac

należna kwota brutto:

słownie:

podpis wystawcy rachunku :

ROZLICZENIE

1. Kwota brutto	-----	Pracę wykonano i przyjęto	-----
-----	-----	data	podpis
2. Koszty uzyskania	-----	Sprawdzono pod względem merytorycznym	
-----	-----	data	podpis
3. Kwota do opodatkowania (1-2)	-----	Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym	
-----	-----	data	podpis
4. Podatek dochodowy	-----	-----	-----
-----	-----	data	podpis
5. Składka ZUS	-----	-----	-----
-----	-----	data	podpis
6. Do wypłaty (1-4-5)	-----	Akceptuję do wypłaty kwotę :	
Kwituję odbiór kwoty:	-----	zł----- gr-----	słownie :
zł-----	-----	zł-----	gr-----
-----	-----	zł-----	-----
-----	-----	-----	-----
groszy jw.	-----	groszy jw.	-----
-----	-----	-----	-----
data	podpis	data	podpis

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że informacje złożone dniu w Oświadczeniu Zleceniobiorcy o posiadanych tytułach do ubezpieczenia, w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu roku, nie uległy zmianie.

Data, podpis Zleceniobiorcy

W przypadku, jeżeli takie zmiany nastąpią w okresie rozliczeniowym, tj. miesiącu roku wymień jakie

Data, podpis Zleceniobiorcy

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O wszystkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

Data, podpis Zleceniobiorcy



Zgłoszenie planowanej/nagłej* przerwy w udzielaniu świadczeń

Informuję, że w okresie od dnia _____ do dnia _____ nastąpi przerwa
w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

Podpis Wykonawcy

Zgłoszenie przyjęto w dniu.....

