## UMOWA nr………

na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie

**POŁOŻNICTWA ŚRODOWISKOWO- RODZINNEGO**

w przychodni przy **ul. Cegielnianej 8**

zawarta w dniu …………..r. w Warszawie **pomiędzy:**

**1. Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów** **Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo - Włochy** z siedzibą w Warszawie przy ul. gen. M. C. Coopera 5, wpisanym do rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000003553, NIP:522-25-86-517, REGON:017202242,

reprezentowanym przez:

**Dyrektora Zbigniewa Jadczaka**

zwanym dalej Powierzającym

**a**

**2. Panią/ Panem……** zarejestrowaną w ewidencji działalności gospodarczej jako prowadzącą działalność gospodarczą …..wpisana do RPWDL pod numerem księgi ……………… na podstawie prawa wykonywania zawodu z dnia …….. pod nr…………….., REGON: ……………, NIP: …………………,

zwaną dalej  **Wykonawcą.**

**§ 1**

1. **Powierzający** powierza do wykonania, a **Wykonawca** przyjmuje i zobowiązuje się do wykonania usług medycznych w zakresie położnictwa środowiskowo- rodzinnego., tj. usług położniczych w ramach umowy z NFZ.
2. **Powierzający** powierza do wykonania, a **Wykonawca** przyjmuje i zobowiązuje się do wykonania:
   1. usług medycznych w zakresie położnictwa środowiskowo- rodzinnego, tj. usług położniczych w ramach umowy z NFZ,
   2. koordynatora programu edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”,
   3. prowadzenia zajęć w „Szkole rodzenia” w przychodni przy ul. Cegielnianej 8 lub Powstańców Śl. 19
3. **Wykonawca** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28.09.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.z dnia 28.10.2013 r. poz. 1248) z późn. zm., ma obowiązek przeprowadzenia w 1 - 6 tygodniu życia dziecka co najmniej 4 wizyty patronażowe.
4. **Wykonawca** zobowiązuję się także do udzielania świadczeń medycznych w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy, zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym nr 14/2023 Dyrektora SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy z dnia 23.02.2023r.
5. Świadczoneusługi będą wykonywane w przychodni przy ul. Cegielnianej 8 oraz Powstańców Śl. 19, zgodnie z harmonogramem świadczenia usług uzgodnionym przez strony, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
6. **Wykonawca** w ramach świadczenia medycznych położnej środowiskowo- rodzinnej, wynikających z realizacji umowy SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy z NFZ, zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych w wymiarze **…….godz. miesięcznie** oraz **………….. godz. rocznie**, zgodnie z harmonogramem.
7. **Wykonawca** zobowiązuje się stosować do zasad zgłaszania i rejestracji pacjentów obowiązujących u **Powierzającego.**

**§ 2**

1. **Wykonawca** oświadcza, że posiada odpowiednie zgody, uprawnienia, kwalifikacje i umiejętności do wykonywania usług medycznych określonych w **§ 1.**
2. **Wykonawca** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania przedmiotu umowy, wykorzystując przy tym wiedzę, umiejętności oraz postęp wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych u **Powierzającego** materiałów i środków farmaceutycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej w lokalu udostępnionym przez **Powierzającego** przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie.
3. **Wykonawca** jest zobowiązany w ramach wykonywania świadczeń medycznych do korzystania z własnej odzieży ochronnej.
4. **Wykonawca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń medycznych.
5. **Wykonawca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działaniu pola elektromagnetycznego również aktualnego zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
6. Wstępne szkolenie BHP zapewnia **Powierzający.**
7. **Wykonawca** zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem najwyższej zawodowej staranności, na zasadach wynikających z ustawy o zawodzie lekarza, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych,przepisów o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Prawa Pacjenta, postanowień kodeksu etyki lekarskiej, zasad systemu zarządzania jakością obowiązującego u **Powierzającego.**
8. **Wykonawca** świadczy usługi na własne ryzyko i rachunek.
9. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia w ramach niniejszej umowy strony ponoszą solidarnie.
10. **Wykonawca** ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
11. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
12. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
13. nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.
14. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
15. w przypadku innych nadużyć w stosunku do **Powierzającego** i/lub pacjenta (np. przyjmowanie pieniędzy od pacjentów z pominięcie kasy, odsyłanie pacjenta do prywatnego gabinetu, uzależnianie wykonania świadczeń od otrzymania dodatkowego wynagrodzenia, złamania praw pacjenta;
16. naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych;
17. innych rażących naruszeń umowy.
18. **Powierzający**  uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar umownych, zwrotu środków finansowych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a **Powierzającym,** jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez **Wykonawcę** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy
19. **Wykonawca** zobowiązany jest do zapłaty kar umownych, wynikających z niniejszej umowy, w wysokości maksymalnie do 100% średniego wynagrodzenia miesięcznego z ostatnich trzech miesięcy za rażące i udowodnione naruszenie postanowień umowy. Za rażące naruszenie postanowień umowy rozumie się m.in.:
20. zaniechanie leczenia lub niewłaściwe leczenie pacjenta, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd, skutkujące uzasadnionymi roszczeniami pacjenta wobec **Powierzającego-** kara umowna do wysokości 100 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

b) niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa udzielanie świadczeń zdrowotnych skutkujących powstaniem szkody dla **Powierzającego** kara umowna w wysokości do 30 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

1. braku realizacji zaleceń pokontrolnych - kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy..
2. naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych - kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
3. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy
4. nie prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenie jej w sposób nieprawidłowy- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
5. W przypadku, gdy szkoda przewyższa zastrzeżoną karę umowną **Powierzający** ma prawo, na zasadach ogólnych, dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary.
6. Kary umowne mogą być potrącone z należności **Wykonawcy**.
7. W przypadku braku realizacji zaleceń pokontrolnych lub ponownego rażącego naruszenia zasad umowy **Powierzający** ma prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym

**§ 3**

1. Dokumentacja stanowi własność **Powierzającego**. **Wykonawca** nie ma prawa do wynoszenia, przemieszczania (kopiowania) dokumentacji bez wyraźnej zgody **Powierzającego.**
2. **Wykonawca** zobowiązany jest do odnotowywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dokumentacji medycznej pacjentów oraz wpisywania wyników badań lub włączania ksero dokumentacji badań do dokumentacji pacjenta.
3. Wszystkie wpisy dokonane przez **Wykonawcę** w dokumentacji medycznej powinny spełniać wymogi określone w obowiązujących przepisach dotyczących tej dokumentacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
4. **Wykonawca** zobowiązany jest do udostępnienia dokumentacji na żądanie **Powierzającego**.

**§ 4**

.

1. **Wykonawca** jest zobowiązany do osobistego świadczenia usług określonych w §1 Umowy.
2. Świadczenia udzielane będą w lokalu udostępnionym **Wykonawcy** przez **Powierzającego**, przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i wyposażenia lokalu oraz materiałów **Powierzającego** niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy.
3. **Wykonawca** nie ma prawa wykorzystywać sprzętu i materiałów powierzonych przez **Powierzającego** dla realizacji celów niniejszej umowy dla innych celów niż określone w umowie.
4. Każda zmiana harmonogramu świadczenia usług spowodowana niemożnością świadczenia usług (załącznik nr 2) winna być zgłoszona najpóźniej 1 dzień przed planowana nieobecnością oraz uzgodniona pisemnie z **Powierzającym**.
5. W przypadkach losowych, wystąpienia siły wyższej (zdarzenie nagłe, nieprzewidywalne) lub choroby **Wykonawca** winien niezwłocznie poinformować Kierownika przychodni o przyczynach niemożności świadczenia usług oraz ich okresie. Naruszenie powyższych postanowień stanowi rażące naruszenie postanowień umowy.

**§ 5**

1. Za świadczenie usług medycznych będących przedmiotem umowy **Wykonawca** otrzyma wynagrodzenie w wysokości zależnej od ilości godzin, w których usługi były świadczone.
2. Stawka **za jedną godzinę** usług medycznych w zakresie świadczeń położnej środowiskowo- rodzinnej wynosi………..
3. Stawka za koordynowanie programu edukacji przedporodowej „ Szkoła rodzenia” wynosi …….za jedną godzinę udzielania świadczeń,
4. Stawka za prowadzenie zajęć w „Szkole rodzenia” wynosi……za 1 godzinę wykładów”.
5. Za realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy **Wykonawca** otrzyma stawkę w wysokości **10,00 zł za każde badanie** zatwierdzone przez NFZ w okresie rozliczeniowym, zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym nr 14/2023 Dyrektora SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy z dnia 23.02.2023r.
6. Strony zgodnie postanawiają, że w czasie obowiązywania umowy może ulec zmianie stawka za przepracowanie jednej godziny oraz sposób obliczania wynagrodzenia **Wykonawcy.** Taka zmiana nie będzie uważana za zmianę umowy.
7. W przypadku nie zapłacenia przez NFZ lub pacjenta za którąkolwiek z porad wymienionych w §1 ust.1 wynagrodzenie nie należy się **Wykonawcy**, a w razie jego wypłacenia podlega zwrotowi.
8. **Powierzający** ma prawo potrącić z wynagrodzenia **Wykonawcy** kwotę należności, do których był zobowiązany przez NFZ do zwrotu, o której jest mowa w **ust. 4** Potrącenie dokonywane będzie w miesiącu w którym **Powierzający** otrzymał zawiadomienie z NFZ o obowiązku zwrotu lub w miesiącach następnych. **Wykonawca** wyraża zgodę na potrącenie z jego wynagrodzenia nie zapłaconych przez NFZ porad
9. Rozliczenie należności następuje za ilość godzin świadczonych usług w danym miesiącu kalendarzowym.

**§ 6**

**1**. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest prawidłowo wystawiona faktura przez Wykonawcę za dany miesiąc na podstawie przekazanego wykazu udzielonych świadczeń zdrowotnych zgodnie z załącznikiem do faktury (zawierającym między innymi: ilość punktów lub/i godzin, stawkę).

**2**. Zatwierdzenie danych załącznika i faktury nastąpi przez Powierzającego w terminie do 14 dnia następnego miesiąca po weryfikacji świadczeń przez MOW NFZ.

**3**. Podstawą realizacji wypłaty na wskazany rachunek bankowy jest zweryfikowana przez Powierzającego faktura, wraz z załącznikiem, w terminie do 28 dnia następującego po miesiącu w którym świadczenia były udzielane.

**4**. Termin płatności zostanie zachowany pod warunkiem przedłożenia na dziennik podawczy lub przesłania na adres mail: [faktury@zozbemowo.pl](mailto:faktury@zozbemowo.pl) wyżej wymienionych dokumentów zgodnie z postanowieniem ust. 2.

**5.** W przypadku niedochowania terminu określonego w ust. 2 wynagrodzenie płatne będzie na rachunek bankowy w terminie 14 dni od dnia przedłożenia na dziennik podawczy lub przesłania na adres mail: [faktury@zozbemowo.pl](mailto:faktury@zozbemowo.pl)

**6.** Strony ustalają, że zobowiązane są  do zachowania w poufności zarówno wysokości wynagrodzenia miesięcznego jak również jego poszczególnych składników

**§ 7**

1. **Wykonawca** zobowiązany jest do posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Do czasu wejścia w życie stosownych przepisów określających wysokość obowiązkowego ubezpieczenia strony ustalają, że **Wykonawca** zobowiązany jest do zawarcia ubezpieczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. (Dz.U. z dnia 10 maja 2019r. poz. 866) z późn. zmianami.
2. **Wykonawca** zobowiązany jest do przedstawienia P**owierzającemu** kopii polisy przez cały okres obowiązywania umowy.

**§ 8**

**Powierzający** oświadcza, że zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem.

**§ 9**

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres **od . do**
2. **Wykonawca** będzie świadczył usługi przez okres tygodni w roku.

**§ 10**

1. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie na podstawie porozumienia stron.

2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana z dniem utraty przez **Powierzającego** dalszego finansowania przez MOW NFZ świadczeń określonych w umowie.

4. W przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy umowa może być rozwiązana bez zachowania terminu wypowiedzenia, a w szczególności :

1. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
2. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
3. nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.
4. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
5. w przypadku innych nadużyć w stosunku do **Powierzającego** i/lub pacjenta (np. przyjmowanie pieniędzy od pacjentów z pominięcie kasy, odsyłanie pacjenta do prywatnego gabinetu, uzależnianie wykonania świadczeń od otrzymania dodatkowego wynagrodzenia, złamania praw pacjenta;
6. naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
7. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie,
8. naruszeń postanowień § 4 pkt 5,
9. gdy Wykonawca popełni przestępstwo, które uniemożliwi dalszą realizację umowy jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub zostanie wszczęte postępowanie karne lub dyscyplinarne przeciwko Wykonawcy i w związku z powyższym Wykonawca utraci prawo wykonywania zawodu,
10. gdy Wykonawca utraci uprawnienia konieczne dla realizacji umowy, a także opuści bez uzgodnienia miejsce udzielanych świadczeń, bądź nie przystąpi do realizacji umowy, bądź odmówi poddania się badania krwi na zawartość alkoholu i/lub środków odurzających, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie ich użycia.

**§ 11**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
2. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.
3. Świadczenie przez **Wykonawcę** usług na podstawie niniejszej umowy nie jest wykonywaniem pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy.

**§ 12**

Wszelkie spory mogące wynikać na tle wykonania przedmiotu umowy rozstrzygnięte zostaną przez właściwy dla siedziby **Powierzającego** Sąd.

**§ 13**

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

### PODPISY

**POWIERZAJĄCY WYKONAWCA**

**Załącznik nr 2**

### UZGODNIONY HARMONOGRAM

**dotyczący terminów świadczenia usług medycznych**

**w zakresie położnictwa środowiskowo- rodzinnego**

**w Przychodni przy ul. Cegielnianej 8**

**1**. **Wykonawca** zobowiązuje się wykonać usługi medyczne w następujących

terminach:

**w dniach:**

**w godzinach:**

**PODPISY**

**POWIERZAJĄCY WYKONAWCA**