*WZÓR* - MOWA NR ……../D/2023

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

LECZNICTWA SZPITALNEGO i AMBULATORYJNEGO

praca na oddziale szpitalnym – chirurgia onkologiczna – normatyw

oraz praca w poradni chirurgicznej

zawarta w Lublinie w dniu ………………… **2023 r.,**

pomiędzy:

**1 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie**, Al. Racławickie 23, 20 – 049 Lublin, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Lublinie pod numerem 000026235,

reprezentowanym przez **KOMENDANTA -**  **płk dr n. biol. Aleksandra Michalskiego,**

zwanym w dalszej części umowy **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA (UZ)**,

a

**(imię i nazwisko) …………….………………..- (zawód) …………………………..-(adres zamieszkania) ………………………………….- (PESEL)………………………….., posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie ………………………** oraz prawo wykonywania zawodu nr ………………………., wykonującym zawód w formie Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej zarejestrowanej w ……………………. oraz działalność gospodarczą zarejestrowaną w CEIDG, NIP ………………. REGON…………………… zwanym w dalszej części umowy **PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE (PZ).**

*Na podstawie* ***art. 26 ust. 3 i 4***  *oraz 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz.991 z późn. zm.) strony zawierają umowę następującej treści:*

Do niniejszej umowy zastosowanie mają między innymi niżej wymienione przepisy:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991.)*
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (*tj. Dz. U. z 2023, poz. 1516,1617 z późn. zm.).*
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *(tj.* *Dz. U. 2022, poz.2561 z późn. zm.)* i wydane do niej przepisy wykonawcze w zakresie zadań wynikających z niniejszej umowy.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (*tj. Dz. U. 2023, poz. 1545 z późn. zm.).*
5. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie, a 1 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lublinie.
6. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z innymi podmiotami niż Narodowy Fundusz Zdrowia.
7. Statut 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie (stanowiący załącznik do Zarządzenia Nr 14/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie nadania statutu 1. Wojskowemu Szpitalowi Klinicznemu z Polikliniką Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Lublinie.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej.
9. Kodeks cywilny (*tj* *Dz.U. z 2023 r., poz. 1610, 1615 z późn. zm).*
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów, i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. *Dz.U. z 2022 r., poz.1304 z póżn. zm.).*

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest :
2. udzielanie **świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej:**

* **w ramach normatywu** w przedziale czasowym 7.30-15.05

1. Przedmiot umowy obejmuje także:

* wykonywanie zabiegów, asystowanie do zabiegów na potrzeby innych oddziałów Szpitala
* udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Chirurgicznej** wg potrzeb UZ,

1. Szczegółowy zakres czynności stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy.
2. Minimalna liczba osób wykonujących przedmiot umowy – 1 osoba
3. Przedmiot umowy wykonywany będzie w dokładnym miejscu i czasie określonym wspólnie z kierownikiem oddziału chirurgii onkologicznej w **planie pracy (harmonogramie pracy) sporządzonym na każdy miesiąc** **do dnia 25** każdego miesiąca

- w wersji elektronicznej w programie KAM-SOFT lub alternatywnie

- w wersji papierowej – wzór planu pracy stanowi **Załącznik nr 2** do Umowy

**§ 2**

1. PZ oświadcza, że posiada kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy, na dowód czego przedkłada oryginały, a załącza kopie, stanowiące załączniki do niniejszej umowy:
2. dyplom lekarza
3. prawo wykonywania zawodu lekarza
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich
5. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy .
6. zaświadczenie o odbytym szkoleniu bhp
7. Wymienione uprawnienia są aktualne. Ponadto PZ oświadcza, że:
8. na dzień podpisania umowy nie toczy się przeciw niemu żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu lekarza,
9. o utracie uprawnień do wykonywania zawodu, a także o wszczęciu wyżej zaistnieniu faktów wymienionych w punkcie 1, PZ zobowiązuje się poinformować UZ na piśmie, niezwłocznie, tj. w terminie 2 dni od dowiedzenia się.

**§ 3**

PZ świadczy usługi w zakresie, o których mowa w §1 umowy osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń, w tym:

1. osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
2. osobom innym, niż ubezpieczeni, na rzecz których powinny być udzielane świadczenia zdrowotne, wymienionym w art.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – na podstawie decyzji UZ,
3. pozostałym osobom wskazanym przez UZ.

**§ 4**

1. Świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy PZ zobowiązuje się wykonywać zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.
2. Za szkody w majątku UZ, PZ odpowiada do pełnej wysokości poniesionej szkody, jeżeli powstała ona z przyczyn działania lub zaniechania PZ.
3. PZ nie może bez zgody UZ przenieść przysługujących mu wobec UZ wierzytelności.

**§ 5**

PZ zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy osobiście.

**§ 6**

W zakresie wykonywania umowy PZ zobowiązuje się do:

* 1. należytego sporządzania dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) zgodnie ze stanem rzeczywistym, a zapisy w dokumentacji powinny być dokonywane w sposób staranny, czytelny i trwały.
  2. stosownych sprawozdań zgodnie z wymogami stawianymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia i wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**§ 7**

**UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

1. PZ oświadcza, że dysponuje w chwili przystąpienia do realizacji umowy aktualnym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i złoży UZ przed przystąpieniem do realizacji niniejszej umowy i rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia i opłacenia umowy ubezpieczenia, obejmujący w pełnym zakresie przedmiot niniejszej umowy.
2. W przypadku, gdy polisa, o której mowa w ust. 1 nie obejmuje całego okresu, na jaki została zawarta umowa, PZ zobowiązuje się do przedłużenia umowy ubezpieczenia na czas trwania niniejszej umowy.
3. PZ zobowiązany jest do nie zmniejszania zakresu i wysokości ubezpieczenia w trakcie obowiązywania niniejszej umowy.
4. PZ zobowiązany jest do dostarczenia UZ, potwierdzenia przedłużenia i opłacania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, najpóźniej w dniu wygaśnięcia poprzedniej umowy, a w przypadku opłacania składki w ratach – najpóźniej w dniu upływu okresu, w którym rata składki miała być opłacona. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, bądź upływa termin, na jaki została zawarta, PZ zobowiązany jest dostarczyć, poprzez Kancelarię Ogólną lub bezpośrednio do Działu Kadr UZ kopię nowej polisy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania polisy dotychczasowej.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotu umowy, ponoszą solidarnie UZ i PZ, z zastrzeżeniem ust. 6 niniejszego paragrafu.
6. PZ ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową, a wynikłych z przyczyn leżących po stronie PZ.

**§ 8**

**PRAWA I OBOWIĄZKI STRON**

1. PZ zobowiązany jest znać i wykonywać ustalenia wynikające z umów zawartych pomiędzy UZ a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami, w części dotyczącej przedmiotu umowy.
2. UZ zobowiązuje się do udostępnienia informacji, o których mowa w § 8 ust 1. Osobą upoważnioną do udostępnienia informacji jest Zastępca Komendanta albo inna osoba posiadająca stosowne upoważnienie UZ.
3. PZ zobowiązany jest znać i przestrzegać limity świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jakiekolwiek przekroczenie ustalonych limitów może mieć miejsce wyłącznie za pisemną zgodą Zastępcy Komendanta Szpitala oraz bezwzględnie Komendanta Szpitala, a w przypadku jego nieobecności, za zgodą osoby zastępującej. W wyjątkowych przypadkach zgoda może zostać wyrażonatelefonicznie, bądź przy pomocy innego środka łączności.
4. Ustala się limit punktów rozliczeniowych wynikający z zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na dany rok umów na leczenie szpitalne i ambulatoryjne. Osobą odpowiedzialną za poinformowanie PZ jest Zastępca Komendanta Szpitala.
5. PZ zobowiązany jest do stałego kontrolowania stanu realizacji limitów świadczeń zdrowotnych wynikających z zawartych pomiędzy UZ, a NFZ i innymi podmiotami, w części dotyczącej przedmiotu niniejszej umowy.

**§ 9**

1. PZ odpowiada za terminowe przekazywanie do odpowiednich komórek administracji szpitala dokumentacji dotyczącej szczegółowych rozliczeń wykonanych świadczeń oraz dokumentów wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w terminach określonych przez UZ.
2. PZ jest zobowiązany współpracować z UZ oraz komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie spraw związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
3. PZ zobowiązany jest do terminowego wypełniania historii chorób.

**§ 10**

1. Dla zapewnienia realizacji umowy UZ zobowiązuje się zapewnić:

1. nieodpłatnie pomieszczenia, dostęp do zaplecza diagnostycznego oraz specjalistycznego sprzętu niezbędnego do wykonywania procedur określonych niniejszą umową, przy czym PZ ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z jego winy w mieniu lub sprzęcie UZ,
2. korzystanie z dokumentacji medycznej pacjentów na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących zakłady opieki zdrowotnej przepisach.

2. PZ ponosi pełną odpowiedzialność materialną w przypadku narażenia UZ na zbędne i nieuzasadnione medycznie wydatki na leki, materiały medyczne oraz badania diagnostyczne.

* 1. UZ zastrzega sobie prawo decydowania o zlecaniu kosztownych badań diagnostycznych i w związku z tym, każdorazowe zlecenie przez PZ badań diagnostycznych realizowanych w innych placówkach medycznych o wartości jednostkowej przekraczającej **600,00 zł** wymaga zgody UZ. W przypadku przeprowadzenia takich badań bez uzyskania wymaganej zgody UZ – kosztem tych badań obciążony będzie PZ w pełnej wysokości.

4. PZ zobowiązany jest znać i stosować się do zaleceń receptariusza obowiązującego u UZ.

**§ 11**

1. UZ, z zastrzeżeniem zasad ustalonych w §10 ust 2, zobowiązany jest zapewnić na swój koszt leki, materiały medyczne oraz opatrunkowe.
2. PZ zobowiązany jest zapewnić na własny koszt wszelką odzież, obuwie, niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.

**§ 12**

1. PZ zobowiązany jest do:
2. wykonywania umowy ze szczególną starannością, wynikającą z zawodowego charakteru jego działalności (podwyższony standard staranności), zgodnie z aktualną wiedzą lekarską, z uwzględnieniem przepisów prawa oraz standardów powszechnie przyjętych w zakresie świadczeń zdrowotnych,
3. prowadzenia historii choroby pacjenta w sposób dający wierny obraz przebiegu choroby i zastosowanego leczenia, sporządzania dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi publiczne zakłady opieki zdrowotnej przepisami, a także przepisami dotyczącymi podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, zarządzeniami wewnętrznymi UZ,
4. sporządzania na żądanie UZ, sprawozdań, świadectw i orzeczeń lekarskich, jak też odpisów, wyciągów z historii choroby pacjentów dla potrzeb ZUS, medycyny sądowej, policji itp.,
5. przestrzegania tajemnicy lekarskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami, poddania się kontrolom przeprowadzanym przez UZ oraz uprawnione instytucje organów kontrolnych,
6. racjonalizacji kosztów związanych z procedurami leczniczymi,
7. przestrzegania zasad prawidłowego przechowywania i rozchodu środków narkotycznych i silnie działających, zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami,
8. przestrzegania przepisów bhp, ppoż. i reżimu sanitarnego, odbywania na własny koszt szkoleń w tym zakresie, i przedstawienia niezwłocznie stosownych zaświadczeń o ich ukończeniu,
9. zapoznania się oraz przestrzegania regulacji wewnętrznych, w tym regulaminów, procedur, standardów związanych z polityką jakości oraz procesem akredytacji
10. UZ zobowiązany jest do samodoskonalenia oraz uczestniczenia w organizowanych przez UZ szkoleniach
11. PZ zobowiązany jest do poddania się samoocenie oraz ocenie dokonanej przez UZ, a w przypadku negatywnej oceny świadczenia usług, UZ będzie uprawniony do wypowiedzenia umowy wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, z uwagi na to że PZ rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
12. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych,
13. noszenia na terenie 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie identyfikatora
14. potwierdzania rozpoczęcia oraz zakończenia udzielania świadczeń medycznych identyfikatorem na elektronicznym rejestratorze czasu pracy.
15. przekazywania UZ informacji o realizacji przyjętego zamówienia na każde pisemne wezwanie bądź ustnie na żądanie Komendanta lub Zastępcy Komendanta UZ,
16. Kontrola realizacji niniejszej umowy wykonywana przez UZ dotyczyć będzie w szczególności:
17. sposobu, zasadności i celowości korzystania i dysponowania przez PZ z mienia UZ,
18. stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych, pod względem ich jakości i zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami postępowania,
19. oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
20. sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych,
21. zasadności wyboru leków i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce i leczeniu,
22. prowadzenia dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych obowiązujących u UZ) i statystycznej, zgodnie z przepisami obowiązującymi w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz u UZ,
23. terminowości spływu dokumentacji medycznej do działu statystyki medycznej UZ.
24. PZ zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów oraz do udzielania wszelkich niezbędnych informacji i pomocy podczas kontroli. Ponadto PZ zobowiązany jest uwzględniać wyniki kontroli UZ i stosować się do zaleceń pokontrolnych UZ.

**§ 13**

1. PZ nie wolno wynosić dokumentacji medycznej poza siedzibę UZ chyba, że do celów naukowych za pisemną zgodą Komendanta lub Zastępcy Komendanta UZ oraz z zachowaniem powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych wynikających z dokumentacji medycznej,
2. Wszyscy pacjenci hospitalizowani, na rzecz których PZ świadczy usługi zdrowotne, muszą być bezwzględnie ewidencjonowani w Izbie Przyjęć.
3. PZ nie może w trakcie wykonywania niniejszej umowy świadczyć usług zdrowotnych na terenie Szpitala osobom niebędącym pacjentami UZ.
4. PZ może przyjmować tylko pacjentów UZ.
5. PZ nie ma prawa pobierania od osób trzecich żadnych opłat z jakiegokolwiek tytułu, natomiast wszelkie opłaty za usługi pełnopłatne winny być uiszczane w Kasie /punkcie kasowym/ Szpitala lub na rachunek bankowy UZ.

**§ 14**

**PRZERWA W WYKONYWANIU ŚWIADCZEŃ**

1. PZ przysługuje prawo do bezpłatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze **21 dni roboczych oraz 5 dni roboczych przeznaczonych na cele szkoleniowe w okresie kolejnych 12 miesięcy trwania umowy (liczonych proporcjonalnie do okresu trwania umowy)** po uzgodnieniu z Kierownikiem oddziału chirurgii onkologicznej i uzyskaniu pisemnej zgody Komendanta Szpitala. Przerwa niewykorzystana nie przechodzi na kolejne 12 miesięcy trwania umowy.

**§ 15**

**WYNAGRODZENIE**

1. Z tytułu wykonywania przedmiotu umowy o którym mowa w § 1 PZ ust. 1 otrzymywać będzie wynagrodzenie :

………………………………

1. Wypłata wynagrodzenia przysługuje za czas udzielania świadczeń medycznych.
2. Wypłata wynagrodzenia następować będzie nie później niż 30-go dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym na podstawie poprawnie wystawionej i złożonej UZ faktury za wykonane świadczenia.
3. Potwierdzeniem liczby godzin wykonanych czynności stanowi:

a) wydruk wykonanego harmonogramu z programu KAM-SOFT lub

b) sprawozdanie z ilości godzin wykonanych czynności zgodne z wzorem stanowiącym **Załącznik** **nr 3** do umowy - potwierdzony przez kierownika komórki organizacyjnej

1. Termin wskazany na złożenie faktury jest ostateczny, po jego upływie wszelkie uzupełnienia lub korekty będą skutkowały opóźnieniem w zapłacie należności.
2. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy, który rozpoczyna się z pierwszym dniem każdego miesiąca a kończy ostatnim dniem każdego miesiąca.
3. Terminem płatności jest dzień obciążenia rachunku bankowego UZ.
4. W przypadku, gdy UZ stwierdzi nadpłatę lub, gdy konieczny będzie zwrot odpowiedniej kwoty na podstawie innego tytułu pozostającego w związku z postanowieniami niniejszej umowy, PZ wyraża zgodę na dokonanie stosownego potrącenia z najbliższej płatności z tytułu wykonania niniejszej umowy. Potrącenie może zostać dokonane tylko po uprzednim pisemnym zawiadomieniu PZ o przyczynach i wysokości potrącenia.

**§ 16**

**KARY UMOWNE**

1. Strony Zgodnie ustalają, że UZ ma prawo obciążyć PZ następującymi karami umownymi, uregulowanymi w niniejszym paragrafie, których wartość jest ustalona w następujący sposób:

- jeśli wartość jest ustalona procentowo (%) chodzi o wartość łącznego wynagrodzenia za okres rozliczeniowy, o którym mowa w § 14 ust. 6, a kara umowna jest wystawiana na podstawie **faktury stanowiącej rozliczenie za dany okres rozliczeniowy, za który powstała przesłanka do założenia kary umownej (czyli nastąpiło działanie lub zaniechanie skutkujące karą)**

- jeżeli wartość jest oznaczona ryczałtowo (jako kwota pieniężna) – należy się ta kwota pieniężna

2. Z uwagi na powyższe, kary umowne przewiduje się w następujących przypadkach i wysokościach:

1. w wysokości 10 % wynagrodzenia, w przypadku:

- braku poinformowania lub nieterminowego poinformowania, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2,   
- nieprawidłowego lub sprzecznego z obowiązującymi przepisami prowadzeniu dokumentacji medycznej (również w systemach informatycznych u UZ) i statystycznej, które skutkowało lub narażało UZ na poniesione straty w postaci utraty oczekiwanych korzyści lub poniesienia innej szkody majątkowej,

- naruszenia obowiązków związanych z ubezpieczeniem, określonych w §7, każdorazowo za każdy przypadek

- każdorazowego, bezprawnego naruszenia obowiązku wynoszenia dokumentacji medycznej poza siedzibę UZ,

- niewykonanie wydanego polecenia lub zarządzenia obowiązującego u UZ

1. Strony ponadto ustalają następujące kary umowne z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania przez PZ przedmiotu umowy:

- za każdorazową nieuzasadnioną przerwę w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy - w wysokości 1 000,00 zł, za każdy rozpoczęty dzień bezprawnej przerwy

- za bezpodstawne rozwiązanie umowy lub odstąpienie bez zgody UZ od realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową – w wysokości 3 000,00 zł., za każdy przypadek

- za każdorazową nieuzasadnioną odmowę udzielenia ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy – w wysokości 1500,00 zł., za każdy przypadek

- za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za udzielone świadczenia – w wysokości 9 000,00 zł za każde ujawnione nienależne pobranie.

3 UZ ma prawo do dochodzenia odszkodowania przenoszącego wartość naliczonych kar umownych.

**§ 17**

**CZAS TRWANIA UMOWY**

1. Strony zawierają umowę na czas określony od dnia  **…………………… r. do dnia …………………….**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę bez podania przyczyny z zachowaniem **jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia**, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, a także w drodze porozumienia stron bez zachowania tego okresu w dniu uzgodnionym przez strony.
3. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta,
4. Stronom przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. Przyczynami rozwiązania przez UZ umowy bez wypowiedzenia są także:
5. stwierdzenie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy i nieudokumentowania jej przedłużenia,
6. utrata przez PZ koniecznych uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych,
7. pobieranie przez PZ od pacjentów zapłaty za wykonane świadczenia, bez pośrednictwa kasy /punktu kasowego/ UZ,
8. udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentom niebędącym pacjentami Szpitala,
9. prawomocne skazanie PZ za przestępstwo ścigane z oskarżenia prywatnego lub prawomocne skazanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, o którym mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich,
10. nie przystąpienia do negocjacji przez PZ, o których mowa w § 19 ust 1 niniejszej umowy,
11. stwierdzenia przystąpienia do wykonywania usług objętych niniejszą umową w stanie po spożyciu alkoholu (bądź innego środka odurzającego) lub spożywania go w czasie wykonywania przedmiotu niniejszej umowy.
12. Naruszenie obowiązków z § 13 umowy,

**§ 18**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ** z siedzibą **w Lublinie,** przy **al. Racławickie 23**, posiadającą numer NIP: **712-241-08-20** oraz numer KRS: **0000026235**, tel.: 261-183-200;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@1wszk.pl;
3. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i f) Rozporządzenia celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest bezpieczeństwo i organizacja pracy.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne lub inne podmioty, którym administrator je ujawnia do celów wynikających w związku z prawnie uzasadnionymi interesami realizowanymi przez administratora.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą  zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Informujemy, że w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych Administrator nie będzie w stanie w pełni realizować świadczeń z uwagi na konieczność spełnienia celów określonych w pkt. 3, których realizacja wymaga dostępu do danych osobowych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa z zakresu ochrony danych osobowych.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowaniu w podejmowania decyzji lub profilowaniu, ani wysyłane poza strefę Unii Europejskiej.

**§ 19**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy warunków niniejszej umowy. W przypadku uzyskania przez UZ informacji o naruszeniu ww. postanowień, UZ ma prawo rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym.
2. PZ oświadcza, iż jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą działa we własnym imieniu i na własny rachunek, w związku z czym wszelkie zobowiązania podatkowe, składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz inne wynikające z obowiązujących przepisów, pokrywa we własnym zakresie.
3. Prawa i obowiązki PZ nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody UZ.

**§ 20**

1. W przypadku wprowadzenia zmian zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, lub zmian wysokości limitów i wartości umowy, o czym PZ zostanie powiadomiony na piśmie przez UZ, strony przystąpią niezwłocznie do negocjacji nowych warunków umowy.
2. Ewentualne spory, wynikłe na tle wykonywania postanowień niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać w drodze negocjacji. W przypadku nie osiągnięcia przez strony porozumienia w toku negocjacji spór rozstrzygnięty zostanie przez właściwy rzeczowo Sąd Powszechny w Lublinie.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 21**

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

.................................................. ……….……………………

**/PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE/ /UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA/**

Uzgodniono:

………………………………….……….

*/Główny Księgowy/*

**Załącznik nr 1 do Umowy nr …………….**

**ZAKRES CZYNNOŚCI**

* 1. **Lekarza udzielającego świadczeń w Oddziale**

1. Diagnozowanie i leczenie pacjentów powierzonych opiece.
2. Czynne uczestnictwo w odprawach lekarskich,
3. Referowanie Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału w czasie codziennych wizyt stanu zdrowia prowadzonych chorych, stosowanego leczenia i jego wyników oraz przedstawianie przed planowanym wypisem propozycji i wniosków co do dalszego leczenia.
4. Staranne i systematyczne prowadzenie dokumentacji lekarskiej zgodnie
5. z obowiązującymi przepisami oraz opracowywanie wniosków dla orzecznictwa.
6. Kontrolowanie, wykonywanych zleceń przez personel pielęgniarski.
7. Kontrolowanie przestrzegania przez chorych przepisów porządkowych i przestrzegania Regulaminu Wewnętrznego Szpitala
8. Udzielanie informacji o pacjencie (zgodnie z wolą chorego) jego rodzinie po akceptacji Ordynatora/Kierownika oddziału.
9. Stwierdzanie zgonu z odnotowaniem w historii choroby daty, godziny i okoliczności oraz wystawienie karty zgonu.
10. Prowadzenie szkolenia doskonalącego średniego personelu medycznego Oddziału.
11. Prowadzenie zajęć praktycznych ze studentami, lekarzami specjalizującymi się oraz lekarzami stażystami.
12. Pełnienie funkcji opiekuna lekarzy stażystów odbywających w oddziale staż cząstkowy w ramach stażu podyplomowego.
    1. **Lekarza udzielającego świadczeń w Poradni Chirurgicznej**
    2. Badanie i porada specjalistyczna,
    3. Zlecanie badań diagnostycznych,
    4. Zlecanie konsultacji specjalistycznych,
    5. Kierowanie na zabiegi rehabilitacyjne,
    6. Kierowanie na leczenie szpitalne,
    7. Kierowanie na leczenie uzdrowiskowo-sanatoryjne,
    8. Orzekanie o stanie zdrowia i niezdolności do pracy.
    9. Obowiązek wystawiania e-recept.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***HARMONOGRAM ( planowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych)*** | | | | | | |
| **Na miesiąc:** ………..………………..…………………. | | | | **Rok**: ……………….………. | | |
| **Oddział / Komórka** ………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| **Imię i nazwisko udzielającego świadczeń zdrowotnych**:……………………………………………………………………….. | | | | | | |
| **L.p.** | **Data** | **Dzień Tygodnia** | **Godzina Rozpoczęcia** | **Godzina Zakończenia** | **Suma Godzin**  **w Danym Dniu** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:** ………………………….…………………………………. | | | | | | |
| .............................................  *Data, podpis i pieczęć osoby zatwierdzającej harmonogram pracy* | | | | *……………………………………………….*  *podpis udzielającego świadczeń zdrowotnych* | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Załącznik …… do umowy Nr ……………..…………………* | | | | | | | |
| ***SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH*** | | | | | | | |
| **W miesiącu:**……………………..…………………….. | | | | **Rok:**………………….……………………... | | | |
| **Oddział / Komórka:** ……………………………………………………………………………………………………………..…… | | | | | | | |
| **Imię i Nazwisko udzielającego świadczeń zdrowotnych:………………………………………………………………………..** | | | | | | | |
| **L.p.** | **Data** | **Dzień Tygodnia** | **Godzina Rozpoczęcia** | | **Godzina Zakończenia** | **Suma Godzin**  **w Danym Dniu** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  | |  |  |  |
| 2. |  |  |  | |  |  |  |
| 3. |  |  |  | |  |  |  |
| 4. |  |  |  | |  |  |  |
| 5. |  |  |  | |  |  |  |
| 6. |  |  |  | |  |  |  |
| 7. |  |  |  | |  |  |  |
| 8. |  |  |  | |  |  |  |
| 9. |  |  |  | |  |  |  |
| 10. |  |  |  | |  |  |  |
| 11. |  |  |  | |  |  |  |
| 12. |  |  |  | |  |  |  |
| 13. |  |  |  | |  |  |  |
| 14. |  |  |  | |  |  |  |
| 15. |  |  |  | |  |  |  |
| 16. |  |  |  | |  |  |  |
| 17. |  |  |  | |  |  |  |
| 18. |  |  |  | |  |  |  |
| 19. |  |  |  | |  |  |  |
| 20. |  |  |  | |  |  |  |
| 21. |  |  |  | |  |  |  |
| 22. |  |  |  | |  |  |  |
| 23. |  |  |  | |  |  |  |
| 24. |  |  |  | |  |  |  |
| 25. |  |  |  | |  |  |  |
| 26. |  |  |  | |  |  |  |
| 27. |  |  |  | |  |  |  |
| 28. |  |  |  | |  |  |  |
| 29. |  |  |  | |  |  |  |
| 30. |  |  |  | |  |  |  |
| 31. |  |  |  | |  |  |  |
| **Liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:** ……………………………………………………………. | | | | | | | |
| .......................................................................................  *Data, podpis, pieczęć osoby potwierdzającej zrealizowanie liczby godzin  w miesiącu* | | | | | *…………………………..……………………….*  *podpis udzielającego świadczeń zdrowotnych* | | |