

**UMOWA NR .....**

/opieka fizjoterapeuty w zakresie pracy zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/

zawarta w dniu ..... r. w Pilchowicach, pomiędzy:  
Szpitalem Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach, ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice, działającym na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000050139 i numerze NIP 969-11-62-275 REGON 276 21 52 93, zwanym w dalszej części umowy Udzielającym Zamówienia lub Stroną reprezentowanym przez:  
lek. med. Joannę Niestrój- Ostrowską - Dyrektora Szpitala

a  
..... prowadzącym ....., z siedzibą w .....,  
wpisaną/ym do ewidencji działalności gospodarczej ..... oraz wpisaną/ym do rejestru praktyk zawodowych ..... będącą/ym płatnikiem podatków o numerze NIP .....  
zwanym dalej Przyjmującym Zamówienie lub Stroną

Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie, łącznie zwani dalej Stronami, na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne: Opieka fizjoterapeuty w zakresie zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (nr sprawy **4/KZ/2020**), na podstawie Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

zawierają umowę o niniejszej treści:

§ 1

1. Udzielającym Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązki samodzielnego świadczenia usług fizjoterapeuty w zakresie zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zwanym dalej Zespołem.
2. Szacunkowa ilość świadczeń wynosi szacunkowo 55 wizyt na miesiąc.
3. Ilość pacjentów i wizyt jest szacunkowa i może się zmieniać w zależności od posiadanego kontraktu z NFZ, a także zaleceń lekarskich.
4. Do podstawowych obowiązków Przyjmującego Zamówienie należy przeprowadzenie wizyty w domu pacjenta, zgodnie z wytycznymi NFZ oraz zleceniami lekarskimi.
5. W trakcie wizyty, w zależności od potrzeby Przyjmujący Zamówienie prowadzić będzie indywidualną fizjoterapię pacjentów wentylowanych mechanicznie, w tym:
  - a) naukę prawidłowego oddychania, efektywnego kaszlu,
  - b) pozycje drenażowe,
  - c) sprężynowanie klatki piersiowej,
  - d) oklepywanie angażujące wszystkie tory oddechowe,
  - e) ćwiczenia zwiększające ruchomość klatki, w tym:
    - ćwiczenia oddechowe (bierne, czynno-bierne, wolne z oporem)
  - f) ćwiczenia kinezyterapeutyczne bierne, czynne, ogólnie usprawniające itp.
  - g) fizykoterapia miejscowa (laseroterapia, elektroterapia)
  - h) masaż leczniczy, rozluźniający

- i) ćwiczenia z wykorzystaniem przyborów
- j) specjalistyczne metody pracy z pacjentem (PNF)
- k) pionizacja (czynna, w zakresie łóżka)
- l) nauka chodu, itp.

#### § 2

1. Przyjmujący Zamówienie swoje obowiązki realizuje samodzielnie, w oparciu o wskazówki i zlecenie wydane przez lekarza kierującego w zakresie pracy zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń wynosi 1.

#### § 3

1. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów prawnych i procedur obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz wymogów NFZ,
2. Dokumentacja medyczna pacjenta winna być dostarczona do Szpitala przez Przyjmującego Zamówienie najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca oraz na każde żądanie Udzielającego Zamówienia, wg schematu:
  - a) Załącznik nr 1 - stanowi potwierdzenie wykonania zlecenia i kserokopia dołączana jest do rachunku,
  - b) Załącznik nr 2,3 – do historii choroby pacjenta.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia określonej przepisami działalności statystycznej.

#### § 4

Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie zapewni środki transportu, sprzęt medyczny oraz środki ochrony osobistej niezbędne do wykonywania powierzonych czynności.

#### § 5

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy, umiejętności i uwzględnieniem postępu w tym zakresie i zachowaniem obowiązków określonych w przepisach.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest systematycznie uzupełniać swoją wiedzę i umiejętności.

#### § 6

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Udzielającego Zamówienia oraz innych uprawnionych organów i osób w zakresie umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### § 7

1. Przyjmujący zamówienie ma zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej – zgodnie z przepisami prawa – za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w treści umowy, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych ( przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy ). Kopia polisy ubezpieczeniowej winna być dostarczona Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu podpisania umowy (przed tą czynnością), pod rygorem nie zawarcia umowy z wyłącznej winy Przyjmującego zamówienie.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć zaświadczenie lekarskie odpowiednie dla personelu medycznego o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1. Koszt wykonania niniejszych badań leży po stronie Przyjmującego zamówienie. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia aktualnych badań lekarskich na każde żądanie Udzielającego zamówienia.

#### § 8

1. Umowę zawiera się na okres **od .....**do .....
2. Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania umowy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia z zachowaniem formy pisemnej.
3. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez Udzielającego zamówienia bez zachowania terminu wypowiedzenia w przypadku:
  - a) utraty uprawnień koniecznych do wykonywania niniejszej umowy,
  - b) braku aktualnej polisy ubezpieczenia OC,
  - c) niedostarczenia zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pracy.
4. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

#### § 9

1. Z tytułu realizacji umowy Przyjmujący Zamówienie otrzyma kwotę:
  - a) za jedną wizytę w domu pacjenta ..... zł brutto ( słownie:.....)
  - b) wynagrodzenie zaspokaja wszelkie roszczenia Przyjmującego zamówienie z tytułu wykonania przedmiotu umowy
2. Płatność przelewem w terminie 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT, na numer konta bankowego podany na fakturze.
3. Przyjmujący zamówienie za udzielone przez siebie w danym miesiącu świadczenia wystawiał będzie fakturę wraz ze sprawozdaniem za dany miesiąc rozliczeniowy (Załącznik nr 4), w terminie do 15 dnia po zakończonym miesiącu.
4. Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych
6. Całkowita szacunkowa wartość umowy wynosi: .....zł (słownie:.....)

#### § 10

1. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości:
  - a) 3% wynagrodzenia brutto należnego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym zaszło zdarzenie uzasadniające naliczenie kary – za każde stwierdzone niezgodne z obowiązującymi przepisami prowadzenia dokumentacji medycznej,
  - b) 5% wynagrodzenia brutto należnego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym zaszło zdarzenie uzasadniające naliczenie kary – w przypadku nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych,
  - c) 30% wynagrodzenia brutto należnego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym zaszło zdarzenie uzasadniające naliczenie kary – w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Udzielającego zamówienia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie.

2. Udzielający zamówienia może potrącić naliczone kary umowne z wynagrodzenia należnego Przyjmującego zamówienie.
3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w przypadku, gdy kwota kary umownej nie pokryje jego szkód, w tym utraconych korzyści

#### § 11

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do stosowania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz wewnętrznych regulacji obowiązujących w tym zakresie u Udzielającego zamówienia, a także do zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zapewnić poufność informacji dotyczących Udzielającego zamówienia uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy i nie ujawniać tych informacji bez uprzedniej wyrażonej zgody Udzielającego zamówienia - w formie pisemnej pod rygorem nieważności - w czasie trwania niniejszej umowy oraz po jej zakończeniu.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe zgodnie z umową powierzenia przetwarzania danych osobowych.

#### § 12

1. Z chwilą rozwiązania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przekazać Udzielającemu zamówienia wszelką dokumentację stanowiącą jego własność, jak też dokumentację medyczną pacjentów Udzielającego zamówienia. Zwrot dokumentacji powinien nastąpić w terminie umożliwiającym Przyjmujący zamówienie dokonanie koniecznych rozliczeń z Udzielającym zamówienia, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od zakończenia umowy.
2. Obowiązkowi zwrotu, pod rygorem odpowiedzialności karnej, podlegają wszelkie dokumenty niezależnie od nośników, na jakich są zawarte.

#### § 13

1. Przyjmujący zamówienie nie może bez zgody Udzielającego zamówienia w żaden sposób rozporządzać prawami wynikającymi z niniejszej umowy w tym dokonywać cesji wierzytelności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej oraz innych przepisów prawa powszechnego znajdujących zastosowanie.
3. Zmiana postanowień umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.
4. W przypadku gdy niniejsza umowa odwołuje się do przepisów prawa, oznacza to również wszelkie nowelizacje, które wejdą w życie po dniu zawarcia umowy, jak również akty prawne, które zastąpią wskazane w umowie ustawy i rozporządzenia.
5. Spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienia.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla Przyjmującego zamówienie i dla Udzielającego zamówienia.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

## KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

Pesel

.....

...

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

.....

### INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Data	Czas trwania wizyty od - do	Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

ul. Dworcowa 31,  
44-145 Pilchowice

**PROGRAM REHABILITACJI PACJENTA WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE  
W WARUNKACH DOMOWYCH  
KARTA NR .....**

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Data .....

<b>PROBLEM REHABILITACYJNY</b>	<b>CEL PODJĘTYCH DZIAŁAŃ</b>	<b>DZIAŁANIA</b>

**KARTA CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ W OPIECE  
 DŁUGOTERMINOWEJ NAD PACJENTEM WENTYLOWANYM MECHANICZNIE  
 KARTA NR .....**

<i>Imię i nazwisko pacjenta</i>		
<i>PESEL</i>		
<i>Data wizyty / godz. od ..... do ....</i>	<i>Rodzaj wykonywanego zabiegu leczniczego wg kodu ICD 9</i>	<i>Podpis fizjoterapeuty</i>

.....  
*Pieczętka i podpis fizjoterapeuty*

## **SPRAWOZDANIE PACJENTÓW REHABILITOWANYCH**

Wizyty domowe_pacjentów wentylowanych mechanicznie za m-c ..... 2020 r.												
Nazwisko i imię pacjenta	Data	Godzina	Data	Godzina	Data	Godzina	Data	Godzina	Data	Godzina	Data	Godzina
Łącznie ..... wizyt x wartość wizyty =												

**Data i podpis fizjoterapeuty: .....**