



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**107 SZPITAL WOJSKOWY
Z PRZYCHODNIĄ**
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ



„Profilaktyka udarów mózgu i epizodów przemijającego napadu niedokrwienego
OUN”

UMOWA nr /2018

zawarta w Wałczu w dniu **2018 roku** pomiędzy:

107 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Wałczu ul. Kołobrzaska 44, 78-600
Wałcz, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000000018563,
NIP:7651495874, REGON: 570544566, reprezentowanym przez:

1/ Marka Korneta – Dyrektora

zwanym w dalszej części niniejszej umowy **Udzielającym Zamówienie**

a

z siedzibą w NIP

REGON..... wpisanym do Rejestru Podmiotów Lecznicych prowadzonego
przez pod numerem zwanym dalej

„Przyjmującym Zamówienie (POZ) ” reprezentowanym przez:

1/

PREAMBUŁA

107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Wałczu, KRS 000000018563, ul. Kołobrzaska 44, 78-600 Wałcz, jako beneficjent umowy o dofinansowanie projektu „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych realizowany przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu województwach zachodniopomorskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i pomorskim” z funduszy europejskich w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne zawartej z Ministerstwem Zdrowia w dniu 01.12.2017 r., w celu realizacji założeń projektu w szczególności w zakresie profilaktyki udarów mózgu i przemijającego ataku niedokrwiennego(TIA) u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) zawiera umowę z podmiotami Podstawowej Opieki Zdrowotnej o następującej treści:

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych u pacjentów w grupie wiekowej 40-65 lat (z tzw listy aktywnej), czynnych zawodowo, u których istnieją czynniki ryzyka wystąpieniem udaru mózgu lub epizodów przemijających napadów niedokrwiennych OUN.
2. Strony przyjmują dla realizacji niniejszej umowy następujące definicje:
 - a) **Projekt** – zbiór aktywności służących zwiększeniu wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych u osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkałych w województwie pomorskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim;
 - b) **Udar mózgu** - nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny i wynikające z przyczyn naczyniowych.
 - c) **Przemijający napad niedokrwienny (TIA)** - ostry epizod ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24 godzin.
 - d) **POZ**- jednostka podstawowej opieki zdrowotnej; to podmiot leczniczy sprawujący kompleksową opiekę nad osobami, które zadeklarowały chęć korzystania z usług pracującego w niej lekarza rodzinnego lub innego lekarza z uprawnieniami do tworzenia aktywnej listy Pacjentów, objętych Projektem realizacji niniejszej Umowy.
 - e) **Lekarz POZ** – lekarz wykonujący zawód, jako lekarz rodzinny, lekarz internista lub innej specjalności w ramach POZ dedykowany przez POZ do udziału w Projekcie z ramienia POZ
 - f) **Pielęgniarka POZ** – pielęgniarka, posiadająca stosowne uprawnienia zawodowe, wykonująca zawód i świadcząca usługi z tym związane w ramach POZ, wskazana przez POZ, jako osoba do szkolenia,
 - g) **Uczestnik projektu – (Pacjent)** – osoba z przedziału wiekowego 40-65 lat, czynna zawodowo, spełniająca kryteria udziału w Projekcie, będąca Pacjentem POZ

- h) **I Wizyta POZ** - pierwsza wizyta u lekarza POZ w trakcie której odbywa się konsultacja lekarska i przeprowadzenie wywiadu za pomocą „checklisty” (**załącznik nr 1**) oraz wskazanie osób zagrożonych wystąpieniem chorób naczyń mózgowych, wymagających zlecenia badań dodatkowych
- i) **II Wizyta POZ** – druga wizyta u lekarza POZ w trakcie której odbywa się interpretacja zleconych badań dodatkowych i podsumowanie mające na celu ustalenie wstępnego rozpoznania i ewentualne skierowanie Pacjenta do dalszej diagnostyki w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu
- j) **Ośrodek Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu** – Poradnia i Oddział Neurologiczny 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Wałczu

§2

1. Szacunkowa liczba Pacjentów objętych Projektem, w okresie trwania umowy wynosi dla Przyjmującego Zamówienie: minimalnie 100 Pacjentów (nie więcej jednak niż 130 osób) w wieku 40-65 lat, czynnych zawodowo przez cały okres obowiązywania umowy, jednakże liczba faktycznie skierowanych do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu będzie uzależniona od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia i ilości osób z objawami klinicznymi TIA. (nie mniej niż 2 osoby w trakcie trwania umowy)
2. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się w ramach realizacji przedmiotu umowy do następujących działań:
 - a) wskazania z imienia i nazwiska, wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, co najmniej dwóch pracowników (dane zostaną wskazane w **załączniku nr 4** do Umowy):
 - ✓ obligatoryjnie co najmniej jednego Lekarza POZ,
 - ✓ drugiego pracownika POZ np. pielęgniarkę POZ,- którzy w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie rozumianego jako POZ, będą realizować świadczenia i zobowiązania im przypisane, określone niniejszą Umową,
 - b) skierowania osób wskazanych w lit. A, na warsztaty organizowane przez Udzielającego Zamówienie dotyczące organizacji Projektu oraz profilaktyki, diagnostyki i leczenia udarów mózgu i epizodów przemijających napadów niedokrwiennych OUN w terminach wskazanych przez Udzielającego Zamówienie.
 - c) wydania przez lekarza POZ pacjentowi na I Wizycie POZ deklaracji uczestnictwa, którego druk stanowi **załącznik nr 2** do Umowy, celem podania danych osobowych i zgody pacjenta na uczestnictwo w programie;
 - d) wydania i odebrania wypełnionej na I Wizycie POZ ankiety oceniającej wiedzę pacjenta-**załącznik nr 3** do Umowy.

Konieczne jest wypełnienie również powyższej ankiety przez wszystkich pacjentów kolejny raz pod koniec okresu na jaki obowiązuje dana umowa. Wypełnioną ankietę należy przesłać do Udzielającego zamówienie.

- e) wypełnienia po każdej wizycie, tj. po I Wizycie POZ i po II Wizycie POZ Oświadczenia Lekarza i Uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, którego druk stanowi **załącznik nr 5** do Umowy;
- f) w przypadku stwierdzenia przez lekarza na I Wizycie POZ(w oparciu o dane z checklisty i przeprowadzonego badania fizykalnego) którąkolwiek z nieprawidłowości z zakresu układu krążenia tj.

- niemiarowej pracy serca,
- migotania przedsionków,
- skarg na kołatanie serca,

lub

- otyłości brzusznej,
- nadciśnienia tętniczego,
- cukrzycy,
- palenia tytoniu,
- nadużywania alkoholu

skierowanie tego Pacjenta na podstawowe badania dodatkowe w siedzibie Przyjmującego Zamówienie (liczba pacjentów – około 30) tj: EKG spoczynkowe, pomiar glikemii (przygodnej za pomocą glukometru), pełny lipidogram (obejmuje stężenie cholesterolu, całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL oraz trójglicerydów).

- g) po otrzymaniu wyników zleconych badań wykonanie II Wizyty POZ (wizyta konsultacyjna, końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań, edukacji dotyczącej czynników ryzyka oraz zalecanych metod modyfikacji postępowania oraz ewentualne skierowanie do dalszej, pogłębionej diagnostyki w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu (tylko w przypadku: stwierdzenia nieprawidłowych wyników ww. badań tj. migotania przedsionków w EKG spoczynkowym, stwierdzenia szmerów podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych lub stwierdzonych epizodów przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (odpowieź twierdząca na pytania 35-40 checklisty) – druk skierowania stanowi **załącznik nr 6**. Telefon dedykowany celem umówienia niezwłocznego wizyty : **261 47 28 09** lub **691 024 104**
- h) przekazania choremu skierowanemu do dalszej diagnostyki kopii wyników wykonanych badań celem przedłożenia w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu w trakcie umówionej wizyty.

3. Przyjmujący Zamówienie (POZ) podejmie wszelkie środki staranności celem skierowania do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu około 2 Pacjentów w całym okresie obowiązywania Umowy.
4. Udzielający Zamówienie będzie informował Przyjmującego Zamówienie (POZ) o terminach planowanych szkoleń warsztatów, o których mowa w ust. 2 lit.b niniejszego paragrafu z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem. Udzielający Zamówienie nie zapewnia zwrotu kosztów dojazdu na szkolenia i warsztaty.

§3

1. Świadczenia profilaktyczne na rzecz pacjentów : I wizyta POZ i II wizyta POZ wykonywane będą na terenie siedziby Przyjmującego Zamówienie (POZ), w miejscu i przez osoby uprawnione, wymienione w Załączniku nr 1 do umowy.

§4

1. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do zapewnienia wykonania badań lekarskich przez Lekarza POZ z zawodową starannością i zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wymaganej realizacją programu z zachowaniem ochrony danych osobowych

§5

1. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do wskazania danych dotyczących personelu zgłoszonego do realizacji Projektu, a także do przedstawienia na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów wykazujących uprawnienia osób wykonujących bezpośrednio świadczenia medyczne.
2. Przyjmujący Zamówienie (POZ) będzie przekazywał niezwłocznie na żądanie Udzielającego Zamówienia, na piśmie, wszelkie dodatkowe informacje o realizacji świadczeń medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.

§6

1. Podstawę zapłaty należności stanowić będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie (POZ) do 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Do każdej faktury konieczne jest załączenie:
 - wykazu Pacjentów objętych I wizytą POZ lub I i II Wizytą POZ, lub II wizytą POZ
 - oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym w trakcie I-ej i II Wizyty POZ,
 - deklaracji uczestnictwa,
 - wypełnionej checklisty każdego uczestnika projektu
 - ankiety oceniającej wiedzę pacjenta
 - kopii wykonanych wyników badań dodatkowych.

Treść nazwy usługi na fakturze:

dla I wizyt POZ: „*Pakiet podstawowy-konsultacja lekarza POZ. Projekt POWR.05.01.00-00-0030/17*” -

dla II wizyt POZ: „*Pakiet rozszerzony-badania laboratoryjne i konsultacje lekarza POZ.*”

2. Łączna kwota na fakturze jest iloczynem ilości odbytych I Wizyt POZ i ceny **48,00** zł brutto i II Wizyt POZ i ceny **108,00** zł. brutto.
3. Wynagrodzenie płatne będzie do 14 dni od daty doręczenia faktury przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie (POZ).
4. Terminem zapłaty jest dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienie.

§7

1. Przyjmujący Zamówienie (POZ) oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.

§8

1. **Umowa obowiązuje przez okres od dnia podpisania do 20 października 2020r.**
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a) z upływem czasu, na który była zawarta;
 - b) z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową;
 - c) z dniem poinformowania POZ przez Udzielającego Zamówienia o osiągnięciu wskaźnika rezultatu Projektu w postaci wystarczającej liczby Pacjentów, którzy zgłosili się na I Wizytę POZ, II Wizytę POZ i do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu. Poinformowanie nastąpi drogą mailową na adres mailowy wskazany w § 10 ust. 2 Umowy
3. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. W szczególności Udzielający Zamówienia może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Przyjmujący Zamówienie (POZ) utraci uprawnienia konieczne do wykonywania konsultacji objętych niniejszą umową lub zaprzestanie prowadzenia działalności jako podmiot leczniczy.
4. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 3-miesięcznym pisemnym wypowiedzeniem, ze skutkiem biegnącym od dnia doręczenia wypowiedzenia drugiej stronie.
5. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron w każdym czasie, gdy zaistnieją okoliczności uniemożliwiające dalsze trwanie umowy, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia w tym w szczególności w przypadku rozwiązania Umowy na dofinansowanie zawartej przez Instytucję Pośredniczącą z Przyjmującym Zamówienie (POZ) w związku z realizacją Projektu.

§9

1. Przyjmujący Zamówienie (POZ) przetwarza dane osobowe uczestników projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie prowadzonej, bieżącej dokumentacji medycznej i udostępnia je Udzielającemu Zamówienie wyłącznie w zakresie i w celu przewidzianym w niniejszej umowie.
2. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych Uczestników projektu (Pacjentów) pozyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy, zgodnie z polityką bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych obowiązującą u Przyjmującego Zamówienie w odniesieniu do danych osobowych Pacjentów POZ z zastrzeżeniem, iż przetwarzanie danych osobowych jest realizowane przez POZ zgodnie z art. 36-39 ustawy o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.
3. Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do zachowania poufności warunków i zachowania tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z umową.

§10

1. Wszelkie zmiany w treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, z wyłączeniem załącznika nr 1 do Umowy, w zakresie którego Przyjmujący Zamówienie (POZ) zobowiązuje się do pisemnego zgłoszenia zmiany osób w nim wskazanych i przesłania danych nowych osób na adres Udzielającego Zamówienie.
2. Do kontaktów i realizacji przedmiotu umowy Przyjmujący Zamówienie (POZ) wyznacza ze swojej strony przedstawiciela w osobie,
mail:..... tel.....
Do kontaktów i realizacji przedmiotu umowy Udzielający Zamówienie (Ośrodek Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu) wyznacza ze swojej strony przedstawiciela administracyjnego w osobie:
Roberta Sokołowskiego mail: udary@107sw.mil.pl, tel. +48 261 47 28 01 oraz
Piotra Chmieleckiego mail: udary@107sw.mil.pl , tel. +48 261 47 30 01
3. Udzielający Zamówienie i Przyjmujący Zamówienie odpowiadają za zagwarantowanie poprawności funkcjonowania systemu w/w kont pocztowych przez cały okres trwania umowy.
4. Zmiana osób wskazanych w ust. 2 niniejszego paragrafu nie stanowi zmiany umowy, przy czym każda ze stron zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia drugiej strony o zmianie osób dedykowanych do kontaktu i realizacji umowy.

§11

Bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie Przyjmujący zamówienie (POZ) nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

§12

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2016 r., poz. 1683 ze zm.), stosowana odpowiednio ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2017, poz. 1938 ze zm.) oraz pozostałe przepisy prawa.

§13

Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w drodze negocjacji, a w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia, sprawy sporne będą rozstrzygane na drodze sądowej przez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§14

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego 2 egzemplarze dla Udzielającego Zamówienia i jeden egzemplarz dla Przyjmującego Zamówienie (POZ).

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE (POZ)

Spis Załączników:

- 1- Checklista;
- 2 – Deklaracja Uczestnictwa
- 3 – Ankieta oceniająca wiedzę pacjenta
- 4 - Lista osób wskazanych przez POZ
- 5 - Oświadczenia Lekarza i Uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym
- 6 – Skierowanie do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu