Załącznik nr 4

**UMOWA Nr …/2024 z dnia …………….…./WZÓR**

**– Kontrakt pielęgniarski / Kontrakt pielęgniarski specjalisty –**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza, ul. Srebrniki 17 80-282 Gdańsk, zwany w dalszej części umowy również **Szpitalem**, reprezentowanym przez Dyrektora Szpitala – dr n. ekon. Mariusza Kaszubowskiego;

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

**…………………………………….** zam. …………………….. nr PESEL:…………….., nr NIP ………………… tel. ………………… wykonująca/y zawód pielęgniarski w ramach indywidualnej praktyki pod nazwą …………………………., zwana/y w dalszej części umowy **Pielęgniarką/rzem**, legitymująca/y się:

1. prawem wykonywania zawodu nr …………… wydanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w…………….…,
2. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego (dot. Zad. nr 1)
3. wpisem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwaną w dalszej części umowy „ustawą o działalności leczniczej”, Udzielający zamówienie i Przyjmujący zamówienie zawierają umowę   
o następującej treści:

**Przedmiot umowy**

**§ 1.**

Przedmiotem niniejszej umowy jest odpłatne świadczenie przez Pielęgniarkę/rza na rzecz pacjentów w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku, świadczeń zdrowotnych na stanowisku Pielęgniarka/rz, w **wymiarze minimum 168 godzin miesięcznie** zgodnie z Zakresem świadczeń zdrowotnych Pielęgniarki/rza stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy, jako integralna jej część.

**Okres obowiązywania umowy: od dnia podpisania umowy do 30.09.2026 r.**

**Oświadczenie Pielęgniarki/rza**

**§ 2.**

1. Pielęgniarka/rz oświadcza, że:

1. posiada prawo wykonywania zawodu;
2. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego (dot. Zad. nr 1);
3. uzyskał/a wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
4. nie jest zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu ani ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów   
   o samorządzie pielęgniarek i położnych;
5. nie jest pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
6. nie ma przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis, o którym mowa w pkt 1 na wstępie niniejszej umowy.

2. Pielęgniarka/rz zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić na piśmie Szpital o utracie uprawnień niezbędnych do wykonywania umowy oraz innych okolicznościach utrudniających albo uniemożliwiających należyte wykonanie umowy.

**Obowiązki Pielęgniarki/rza**

**§ 3.**

1. Pielęgniarka/rz zobowiązana/y jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej w sposób ciągły, powtarzający się, zabezpieczający niezakłóconą pracę Szpitala, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie i z ustalanym harmonogramem, a w szczególności zobowiązuje się do:
   1. osobistego udzielania świadczeń,
   2. wykonywania zleceń lekarskich,
   3. odnotowywania w dokumentacji medycznej wykonanych zleceń, w sposób rzetelny i czytelny,
   4. prowadzenia dokumentacji, zgodnie obowiązującymi przepisami prawa oraz z zasadami obowiązującymi w Szpitalu,
   5. właściwej komunikacji i współpracy z pozostałym personelem medycznym w celu prawidłowego świadczenia usług medycznych zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami i procedurami.
2. Pielęgniarka/rz zobowiązana/y jest do świadczenia usług na terenie Szpitala w terminie i godzinach ustalonych w harmonogramie, w dni robocze, soboty, niedziele i dni świąteczne, w systemie 12 godzinnym przy czym minimalna liczba godzin miesięcznie wynosi 168 godzin, z zastrzeżeniem, że liczba ta nie może przekroczyć średnio 228 godzin/miesięcznie przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy. Każdy dyżur pielęgniarski zaczyna się zapoznaniem z raportem pielęgniarskim z wcześniejszego dyżuru, a kończy się przekazaniem raportu pielęgniarskiego i poinformowaniem następcy o stanie zdrowia pacjentów.
3. Szpital może powierzyć Pielęgniarce/rzowi pełnienie dyżurów w wymiarze przekraczającym 12 godzin na dobę oraz powyżej ustalonego miesięcznego limitu godzin, jednakże nie więcej niż średnio 228 miesięcznie przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Pielęgniarka/rz może być zobowiązana/y do świadczenia usług pielęgniarskich poza terenem Szpitala.
4. Ponadto Pielęgniarka/rz ma obowiązek:
   * 1. udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, z zasadami etyki zawodowej, w sposób ciągły, powtarzający się, zabezpieczający niezakłóconą pracę oddziału, zgodnie z ustalonym harmonogramem czasu pracy;
     2. przestrzegania przepisów, regulaminów, procedur i instrukcji obowiązujących w Szpitalu;
     3. dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej z realizacji prowadzonych zadań, według wzorów obowiązujących w Szpitalu oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
     4. zachować w tajemnicy wszelkie okoliczności i informacje nieujawnione do wiadomości publicznej, o których dowiedział/a się w związku z wykonywaniem umowy, a których ujawnienie mogłoby narazić Szpital na szkodę;
     5. dbałości o mienie Szpitala oraz niezwłoczne powiadamianie Pielęgniarki/rza oddziałowej/ego o zaobserwowanych usterkach i nieprawidłowościach w działaniu urządzeń i sprzęcie.
5. Pielęgniarka/rz zobowiązana/y jest:
   1. do samodzielnego rozliczania i opłacania z własnych środków finansowych składek ubezpieczenia społecznego, zdrowotnego oraz pozostałych świadczeń publicznoprawnych wynikających z obowiązujących przepisów prawa,
   2. do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania usług medycznych,
   3. do kontynuowania ubezpieczenia OC przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy i informowania Szpital oraz organ rejestrowy o powyższym,
   4. do poddawania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ, przez inne upoważnione organy oraz przez osobę upoważnioną przez Szpital, a w szczególności przez Pielęgniarkę/rza oddziałową/ego, Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, ordynatora oddziału, kierownika oddziału w zakresie prawidłowości wykonywania niniejszej umowy, w tym kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   5. do zachowania w tajemnicy treści zawartej umowy oraz wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy,
   6. do noszenia odzieży ochronnej i roboczej, zakupionej we własnym zakresie, spełniającej wymogi PN, niezbędnej do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz identyfikatorów zgodnie ze wzorem obowiązującym w Szpitalu,
   7. do posiadania aktualnego przeszkolenia BHP i p- poż wymaganego do udzielania świadczeń wynikających z niniejszej umowy, wykonanego na własny koszt i jego przedkładania Szpitalowi na każde jego żądanie,
   8. do dostarczania w trakcie trwania umowy aktualnych zaświadczeń lekarskich, potwierdzających spełnienie wymagań niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
   9. w przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby Pielęgniarka/rz obowiązana/y jest do przedłożenia kopii zaświadczenia lekarskiego – w miarę możliwości niezwłocznie, a w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 5 dni zobowiązana/y jest zawiadomić Szpital o przewidywanym czasie niezdolności do pracy.
6. Pielęgniarka/rz oświadcza, iż zna treść i będzie przestrzegać aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia, w tym w Szpitalu, standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym procedur wewnętrznych, przepisów określających prawa pacjentów.
7. Pielęgniarka/rz nie ma możliwości przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, na osoby trzecie.

**Uprawnienia Pielęgniarki/rza**

**§ 4.**

1. Pielęgniarce/rzowi przysługuje prawo zwolnienia z obowiązku wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości 180 godzin w roku kalendarzowym, po uprzednim uzgodnieniu terminów z Pielęgniarką/rzem oddziałową/ym. Niewykorzystany limit godzin wolnych od udzielania świadczeń nie przechodzi na rok następny.
2. Za czas nieudzielania świadczeń zdrowotnych Pielęgniarce/rzowi nie przysługuje prawo do wynagrodzenia.
3. W indywidualnych przypadkach Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa może zwiększyć ustalony limit godzin nieobecności, o których mowa w ust. 1, na wniosek Pielęgniarki/rza.
4. Pielęgniarka/rz ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznanej jednostce chorobowej, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań – w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarkę/rza.
5. W przypadkach uzasadnionych wątpliwości, Pielęgniarka/rz ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia.
6. Szpital zapewnia Pielęgniarce/rzowi dostęp do bezpłatnego korzystania z aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych /opatrunkowych/.
7. Korzystanie ze środków wymienionych w ust. 6 może odbywać się w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową.

**Odpowiedzialność Pielęgniarki/rza**

**§ 5.**

1. Strony niniejszej umowy ponoszą solidarną odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarkę/rza, przy czym Szpitalowi służy regres w stosunku do Pielęgniarki/rza, jeżeli wyrządzona szkoda jest wynikiem błędu w sztuce medycznej, nienależytej staranności lub niedbalstwa.
2. Pielęgniarka/rz ponosi odpowiedzialność za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkody oraz krzywdy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy zarówno wobec Szpitala, pacjentów, jak i osób trzecich.
3. Nadto Pielęgniarka/rz ponosi odpowiedzialność cywilną oraz odpowiedzialność karną i dyscyplinarną za nienależyte wykonywanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. Jeżeli z winy Pielęgniarki/rza lub wskutek rażącego niedbalstwa powstały szkody w mieniu Szpitala, spowodowane zaniechaniem, niedbalstwem, umyślnym uszkodzeniem lub zagubieniem mienia, odpowiedzialność z powyższego tytułu w pełnej wysokości ponosi Pielęgniarka/rz.
5. Pielęgniarka/rz nie może pobierać od pacjentów i osób trzecich należności za udzielone świadczenia zdrowotne, pod rygorem natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy i obciążenia karą umowną w wysokości wskazanej w § 9 ust. 2.

**Obowiązki Szpitala**

**§ 6.**

Szpital zobowiązuje się:

1. udostępnić Pielęgniarce/rzowi składniki majątkowe – ruchome i nieruchome, stanowiące własność Szpitala, w celu realizacji przedmiotu umowy,
   1. do konserwacji oraz naprawy sprzętu i aparatury medycznej Szpitala, z wyłączeniem przypadków określonych w § 5 ust. 4 niniejszej umowy,
   2. zapewnić zastępstwo na wypadek nieobecności Pielęgniarki/rza w sytuacjach określonych w § 4 ust. 1 oraz ust. 3 lub w sytuacjach nadzwyczajnych.

**Wynagrodzenie**

**§ 7.**

1. Strony ustalają wynagrodzenie w zryczałtowanej wysokości:

- oddziały psychiatryczne szpitala …………./brutto/ za 1 godzinę pracy,

- Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży 21AiB …………./brutto/ za 1 godzinę pracy,

1. Wynagrodzenie przysługuje za efektywny czas pracy.
2. Maksymalna suma zobowiązania wynikająca z niniejszej umowy wynosi ……………zł.
3. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy, a jednostką rozliczeniową godzina pracy.
4. Pielęgniarka/rz do dnia 5 każdego miesiąca przedkłada sprawozdanie z wykonania umowy za miesiąc poprzedni, według wzoru określonego w załączniku nr 2 do niniejszej umowy.
5. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 5, wymaga potwierdzenia przez Pielęgniarkę/rza oddziałową/ego   
   i Z-cę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w części dotyczącej terminów i ilości przepracowanych godzin. Zatwierdzone sprawozdanie stanowi podstawę do wystawienia przez Pielęgniarkę/rza faktury/rachunku. Wzór sprawozdania stanowi Załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
6. Wypłata należności z tytułu wynagrodzenia za świadczenie usług zdrowotnych nastąpi na rachunek bankowy Pielęgniarki/rza w terminie 7 dni od dnia złożenia faktury/rachunku wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w ust. 5.
7. Zapłata za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie uregulowane w terminie 7 dni, licząc od dnia złożenia prawidłowo wystawionej faktury wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w ust. 5, na rachunek bankowy

nr………………………………………………….. w Banku ……………………….

1. Przyjmuje się, że zapłata za wykonana usługę zostanie dokonana z dniem obciążenia rachunku Szpitala.

**Wystawianie faktur/rachunków**

**§ 8.**

Faktura/rachunek za wykonanie świadczeń z tytułu realizacji umowy winna zawierać:

* 1. imię i nazwisko Pielęgniarki/rza
  2. określenie miesiąca, za który wystawiono fakturę
  3. liczbę przepracowanych godzin
  4. stawkę godzinową
  5. należność ogółem
  6. datę wystawienia faktury/rachunku
  7. pieczęć działalności Pielęgniarki/rza w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej z numerem REGON i NIP
  8. pełną nazwę banku i numer rachunku bankowego Pielęgniarki/rza
  9. własnoręczny podpis Pielęgniarki/rza.

**Tryb i zasady rozwiązywania umowy**

**§ 9.**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
   1. z upływem czasu na jaki została zawarta;
   2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona narusza istotne postanowienia umowy, a w szczególności:
2. gdy Pielęgniarka/rz nie będzie realizowała/ł świadczeń na rzecz Szpitala na prawidłowym poziomie lub w obowiązującym go czasie,
3. w razie braku ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 6 pkt 2 i/lub pkt 3,
4. naruszenia praw pacjenta, obowiązujących przepisów prawa lub przepisów wewnętrznych Szpitala,
5. nieprzestrzegania regulaminów i procedur wewnątrzzakładowych, przepisów BHP, przepisów sanitarnych oraz przepisów p.poż. obowiązujących w Szpitalu,
6. odmowie poddania się kontroli,
7. negatywnej oceny merytorycznej udzielanych świadczeń.
   1. wskutek wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie niniejszej umowy nie będzie służyło interesowi Szpitala lub interesowi publicznemu, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia niniejszej umowy.
8. Szpital ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym pod rygorem obciążenia karą umowną w wysokości 1000,00 złotych w przypadku:
   1. niespełniania warunków określonych w § 2 ust.1 pkt. 4 lub 5 niniejszej umowy;
   2. dopuszczenia się przez Pielęgniarkę/rza rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy lub w razie stwierdzenia rażących nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
   3. narażenia Szpital na szkodę majątkową, będącą wynikiem zachowania Pielęgniarki/rza.
9. Szpital może za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia wypowiedzieć umowę z przyczyn leżących po stronie Pielęgniarki/rza, w razie uznanych za zasadne skarg pacjentów i/lub personelu Szpitala, związanych z nienależytym wykonywaniem niniejszej umowy, z prawem do obciążenia karą umowną, o której mowa w § 9 ust.2.
10. Każda ze stron może, za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego, wypowiedzieć umowę bez podawania przyczyn.
11. Umowa może zostać rozwiązana w drodze porozumienia stron w każdym czasie.
12. Umowa wygasa w przypadku:
    1. likwidacji Szpitala,
    2. wygaśnięcia lub rozwiązania umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ lub w przypadku odmowy jej zawarcia,
    3. wykorzystania przez Szpital kwoty, o której mowa w § 7 ust. 3.
13. W przypadku odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania przez Pielęgniarkę/rza, Szpital ma prawo do naliczenia kary umownej w wysokości 1.000,00 złotych– w tym wypadku, jak również sytuacji naliczenia kary o której mowa w ust. 3 - Pielęgniarka/rz wyraża zgodę na jej potrącenie z należnego wynagrodzenia.
14. Szpital ma prawo do naliczenia kary umownej w przypadku stwierdzenia naruszenia istotnych warunków umowy w wysokości 20 stawek godzinowych wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za udzielanie świadczeń, za każde naruszenie – w tym wypadku Pielęgniarka wyraża zgodę na jej potrącenie z należnego wynagrodzenia.
15. Szpital ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego do wartości rzeczywistej szkody na zasadach ogólnych.

**RODO**

**§ 10**

* 1. Szpital oświadcza, że jest administratorem danych osobowych Pielęgniarki/rza.
  2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: e-mail: [iodo@wsp-bilikiewicz.pl](mailto:iodo@wsp-bilikiewicz.pl)
  3. Dane osobowe Pielęgniarki/rza przetwarzane są w celu i w zakresie realizacji niniejszej umowy.
  4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest podpisanie niniejszej umowy.
  5. Odbiorcami danych osobowych podmioty realizujące zadania na podstawie przepisów prawa, w tym: ZUS, US.
  6. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o rachunkowości, czyli 5 lat od zakończenia roku obrachunkowego.
  7. Pielęgniarka/rz ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa lub przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt> ;
  8. Podanie danych osobowych przez Pielęgniarkę/rza jest wymogiem ustawowym. Niepodanie tych danych spowoduje brak możliwości podpisania i realizacji umowy.
  9. Szpital poleca i upoważnia Pielęgniarkę/rza do przetwarzania danych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy w imieniu i na polecenia administratora.
  10. Pielęgniarka/arz:

1. Oświadcza, iż znana jest mu treść rozporządzenia RODO, przepisów krajowych z zakresu ochrony danych osobowych oraz że został zapoznany z zasadami ochrony danych osobowych obowiązującymi w Szpitalu, w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy.
2. Zobowiązuje się do przestrzegania ww. przepisów, a w szczególności do zachowania należytej poufności w realizacji niniejszej umowy, zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczania, do których będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem umowy, zarówno w trakcie jej wykonywania jak i po jej zakończeniu.
3. Oświadcza, iż znana jest jej/mu odpowiedzialność karna za naruszenie postanowień ww. przepisów.
4. Bezzwłocznie zgłasza wszelkie naruszenia ochrony danych osobowych, jednak nie później niż 24 godziny od zaistnienia naruszenia oraz sukcesywnie uzupełnia wskazane informacje.
5. Pomaga Szpitalowi w poinformowaniu osób, których dane dotyczą o naruszeniu ich danych.
6. W celu realizacji obowiązków, o których mowa powyżej, Pielęgniarka/arz w miarę możliwości dokumentuje wszelkie okoliczności i zbiera wszelkie dowody, które pomogą Szpitalowi wyjaśnić szczegóły naruszenia, w tym jego charakter, skalę, skutki, czas zdarzenia, osoby odpowiedzialne oraz osoby poszkodowane.
7. Niezwłocznie informuje Szpital, jeżeli jego zdaniem wydane mu polecenie stanowi naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych.

**Postanowienia końcowe**

**§ 11.**

Szpital oświadcza, że posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu Ustawy z dnia 08.03.2018 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

**§ 12.**

* 1. Strony ustalają, iż wszelkie spory mogące wyniknąć ze stosowania niniejszej umowy, będą rozstrzygane na drodze polubownej.
  2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia, o którym mowa w ust. 1, każda ze Stron ma prawo skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego, przy czym wszelkie sprawy rozstrzygane będą przez Sąd właściwy dla siedziby Szpitala.
  3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy dopuszczalne są, przy zachowaniu warunków określonych w art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej oraz wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Przyczyną zmian może być w szczególności zmiana przepisów prawa oraz zasad i stawek finansowania świadczeń.
  4. W czasie trwania umowy, a także przez okres 3 lat od jej rozwiązania lub wygaśnięcia, Pielęgniarka/arz zobowiązuje się do zachowania tajemnicy, pozyskanych w czasie realizacji umowy, informacji ekonomicznych, handlowych oraz informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących Udzielającego zamówienia nie podanych do wiadomości publicznej.
  5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawne, a w szczególności:

1. Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej.
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
5. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.
6. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
   1. Umowę wraz z Załącznikami sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dyrektor Szpitala Pielęgniarka/rz

Załączniki:

* + 1. Zakres świadczeń zdrowotnych Pielęgniarki/rza.
    2. Sprawozdanie z realizacji kontraktu.

Załącznik nr 1 do umowy

**Zakres świadczeń zdrowotnych Pielęgniarki/rza.**

1. Przestrzeganie Kodeksu Etyki Zawodowej, Kodeksu Etyki pracowników Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku , Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawy o Ochronie Zdrowia psychicznego oraz innych obowiązujących przepisów prawa,
2. Zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie wykonywania pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
3. Systematyczne prowadzenie obowiązującej dokumentacji, określenie planu opieki,
4. Wykonywanie pomiarów parametrów życiowych,
5. Racjonalne zużycie leków i innych środków medycznych,
6. Wykonywanie procedur w sposób bezpieczny, przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń zakładowych,
7. Edukacja zdrowotna,
8. Udział w codziennych Raportach Pielęgniarskich,
9. Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych,
10. Dezynfekcja sprzętu zgodnie z obowiązującymi procedurami,
11. Organizacja konsultacji medycznych,
12. Przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych i konsultacji, udział w nich w razie konieczności,
13. Ocena stanu pacjenta,
14. Uczestnictwo w obchodach lekarskich, zebraniach zespołu,
15. Przyjmowanie zleceń lekarskich,
16. Wykonywanie zleceń lekarskich,
17. Podawanie samodzielne leków i zlecanie badań laboratoryjnych zgodnie z procedurami w tym zakresie,
18. Współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta,
19. Zgłaszanie usterek technicznych Pielęgniarce/rzowi oddziałowej/emu,
20. Udział i prowadzenie zajęć terapeutycznych,
21. Przestrzeganie obowiązujących w szpitalu regulaminów i zarządzeń (m.in. BHP, p/poż, organizacyjny) ,
22. Uczestnictwo w szkoleniach wewnątrzzakładowych, samokształcenie,
23. Zadania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością PN – EN ISO 9001,
24. Kreowanie pozytywnego wizerunku szpitala,
25. Dodatkowe zadania wynikające z sytuacji szczególnych na oddziale, konkretyzowane przez Pielęgniarkę/rza oddziałową/ lub osobę wyznaczoną,
26. Wykonywanie uzasadnionych merytoryczne dodatkowych czynności z zakresu przedmiotu umowy zleconych przez Dyrektora Szpitala lub upoważnionego przedstawiciela Szpitala, w ramach czasu świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z zawartą umową.

**Pielęgniarka/rz odpowiada za:**

1. Jakość świadczonych usług pielęgniarskich,
2. Prowadzenie procesu pielęgnowania,
3. Wykonanie zleceń lekarskich,
4. Zabezpieczenie powierzonej dokumentacji przed zaginięciem, zniszczeniem, dostępem osób nieuprawnionych,
5. Prawidłowe przygotowanie roztworów środków dezynfekcyjnych,
6. Bezpieczeństwo swoje i pacjentów,
7. Współpracę z podmiotami zewnętrznymi,
8. Wykonanie zadań pielęgniarskich na dyżurze,
9. Zapewnienie opieki zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami,
10. Realizację zadań wynikających z Systemu Zarządzania Jakością,
11. Powierzone środki i sprzęt,
12. Zlecenie oraz udział w procedurze stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
13. Podawanie leków wszystkimi drogami podania,
14. Wykonywanie szczepień
15. Podawanie leków silnie działających drogą dożylną w obecności lekarza
16. Formułowania diagnozy pielęgniarskiej, określania stanu biopsychospołecznego pacjenta
17. Badania fizykalnego zgodnie z posiadanymi uprawnieniami
18. Oddziaływania psychoterapeutycznego, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami
19. Określenia stopnia odleżyn
20. W porozumieniu z lekarzem określenie postępowania leczniczego z odleżynami i innymi ranami
21. Udział w ustaleniu rodzaju diety pacjentów pozostających pod jej opieką
22. Dbałość o zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych pacjentów, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Pielęgniarki/rza

Załącznik nr 2 do umowy

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KONTRAKTU**

NAZWISKO I IMIĘ……………………………………………………………………………..……………

Nazwa firmy…………………………………………………………………………………………………..

nr faktury ………………………………………nr umowy…………………………….……………….

Okres sprawozdawczy od …………………………… do ………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oddział** | **Liczba godz.** | Podpis Pielęgniarki/rza Oddziałowej/go |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

**Uwaga**

**W przypadku pojedynczych dyżurów proszę podać konkretną datę dyżuru na konkretnym oddziale.**

Podpis wykonawcy…………………………… Data……………………………………………

Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa…………………….……