załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 178/2022

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 2 maja 2022.

## Ramowy projekt umowy

**na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

**UMOWA NR ..................**

zawarta w dniu ............................................... we Włocławku pomiędzy Gminą Miasto Włocławek z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13, zwaną dalej **Zamawiającym**, reprezentowaną przez Prezydenta Miasta Włocławek Pana dr Marka Wojtkowskiego z kontrasygnatą Skarbnik Miasta Pani Honoraty Baranowskiej

a ........................................................... z siedzibą w...............................................................,

........................................................................................................................................

(numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą,** w imieniu którego działa (działają): ………………………………………………………..

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Świadczeniodawcy w drodze konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przeprowadzonego na podstawie art. 9b ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), strony zawierają umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w ramach uzupełnienia programu podstawowego, ponadpodstawowego i pogłębionego finansowanego przez NFZ- zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi:
	* 1. z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym:
			1. .................................................................. – w wymiarze........ godzin,
			2. .................................................................. - w wymiarze........ godzin,
			3. .................................................................. - w wymiarze........ godzin,
		2. z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych:
			1. ................................................................... - w wymiarze........ godzin,
			2. ................................................................... - w wymiarze........ godzin,
			3. ................................................................... - w wymiarze........ godzin,
		3. z zakresu psychoterapii dla osób współuzależnionych:
			1. .............................................................. - w wymiarze........ godzin,
			2. .................................................................... - w wymiarze........ godzin,
			3. ................................................................. - w wymiarze........ godzin,
2. Zakres oraz zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w ogłoszeniu konkursu ofert oraz ofercie Świadczeniodawcy stanowiących odpowiednio załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
3. Liczba osób, u których zostaną wykonane świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 uzależniona jest od zgłaszalności pacjentów.
4. W przypadku braku zapotrzebowania na poszczególne świadczenia zdrowotne dopuszcza się możliwość przesunięć liczby świadczeń pomiędzy poszczególnymi ich rodzajami w ramach kwoty, o której mowa w § 6.

**§ 2**

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ……………..... do dnia …………….....

**§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w ................................................
2. Informacja o udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmująca: zakres i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane, zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami, sposobu rejestracji zostanie podana do wiadomości publicznej poprzez: .................................

**§ 4**

1. Przed rozpoczęciem realizacji zadań Świadczeniodawca sporządzi harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 1, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszej umowy.
2. Harmonogram powinien określać rodzaj świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem liczby godzin planowanych w danym miesiącu.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać na harmonogramie akceptację Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.
4. Zmiana harmonogramu w trakcie trwania umowy wymaga akceptacji Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, natomiast nie powoduje zmiany umowy w formie aneksu.
5. Niedopuszczalna jest zmiana harmonogramu w trybie określonym w ust. 4 gdyby miałoby to zmienić warunki finansowe umowy.

**§ 5**

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób udzielających świadczeń zdrowotnych zamieszczonym
w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczeniodawca ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z respektowaniem praw pacjenta.

**§ 6**

Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 1 Świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie brutto w łącznej wysokości do kwoty ................................ zł (słownie złotych:.......................................) według stawek określonych w załączniku nr 3 do niniejszej umowy.

**§ 7**

1. Strony ustalają, że rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych będzie następowało na podstawie faktur częściowych w okresach miesięcznych.
2. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma iloczynu stawek wymienionych
w załączniku nr 3 do niniejszej umowy i liczby godzin poszczególnych świadczeń udzielonych w tym okresie.
3. Podstawę do przekazania środków stanowić będzie prawidłowo sporządzona faktura VAT wystawiona przez Świadczeniodawcę w terminie do 10 dnia każdego następnego miesiąca.
4. Wraz z fakturą VAT Świadczeniodawca przedkłada kwestionariusz sprawozdania sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do Zarządzenia Nr …………………Prezydenta Miasta Włocławek z dnia …………….…….......w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia
i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
5. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktur w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez Świadczeniodawcę faktur częściowych wraz z informacjami, o których mowa w ust. 3 i 4, na konto wskazane przez Świadczeniodawcę.

**§ 8**

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu kwestionariusz sprawozdawczy z realizacji zadań, za cały okres obowiązywania umowy, w terminie do ..............................
2. Sprawozdanie winno być sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do zarządzenia o którym mowa § 7 ust. 4.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest na żądanie Zamawiającego do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji i sprawozdania, o których mowa odpowiednio w §7 ust. 4 i § 8 ust. 1 do własnych opracowań.

**§ 9**

Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

* 1. prowadzenia odrębnej dokumentacji świadczeń udzielanych w ramach niniejszej umowy;
	2. prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa;
	3. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej w oparciu o obowiązujące przepisy prawa;
	4. podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
1. zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
2. dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
3. zasad wpisu na listę osób objętych świadczeniami,
4. sposobu rejestracji;
	1. wskazania w prowadzonej działalności informacyjnej oraz we wszelkich opracowaniach i publikacjach, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot umowy są finansowane przez Gminę Miasto Włocławek.

 **§10**

W przypadku realizacji części bądź całości zadania w sposób zdalny Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia szczegółowej dokumentacji realizacji zadania oraz przedłożenia jej Zleceniodawcy wraz ze wskazaniem komunikatora.

**§ 11**

Świadczeniodawca nie może uwzględniać świadczeń realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**§ 12**

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
2. stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 5 ust. 1 i 2,
3. utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 1 ustala się karę umowną, w wysokości 5 % wartości umowy.

**§ 13**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykonania przedmiotu umowy w każdym czasie przy udziale Świadczeniodawcy.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zamawiającego podczas i w związku z przeprowadzaną przez nich kontrolą.
3. W przypadku zaistnienia nieprawidłowości strony dokonują ustaleń w zakresie ich przyczyn, możliwości wyeliminowania oraz sposobów zapobiegania im w przyszłości.

**§ 14**

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z jednomiesięcznym wypowiedzeniem, dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego, z powodu:
2. wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności,
3. naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
4. odmowy poddania się kontroli przez Świadczeniodawcę,
5. nie doprowadzenia przez Świadczeniodawcę do usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli,
6. naruszenia przez Świadczeniodawcę postanowień § 9 umowy,
7. niewypłacania lub nieterminowego wypłacania należności przez Zamawiającego.
8. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 2) wypowiedzenie umowy powinno być dokonane łącznie z pisemnym wezwaniem do usunięcia uchybień w terminie nie krótszym niż 30 dni, skierowanym do strony z winy której wystąpiły uchybienia. Wypowiedzenie staje się skuteczne w razie nieusunięcia uchybień w określonym terminie.

**§ 15**

Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

1. Po stronie Zamawiającego: Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek .
2. Po stronie Świadczeniodawcy: ..................................................................................................

**§ 16**

1. Świadczeniodawca nie może przenieść na osoby trzecie swoich praw i obowiązków wynikających
z niniejszej umowy bez uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Świadczeniodawcy nie przysługuje prawo przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności z umowy.

**§ 17**

Strony będą dążyć do rozstrzygania wszelkich sporów związanych z realizacją niniejszej umowy na drodze polubownej. W razie gdyby polubowne rozwiązanie sporu okazało się niemożliwe zostanie on poddany rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**§ 18**

1. Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany z zastrzeżeniem § 4 ust. 4.
2. Niedopuszczalna jest jednak, pod rygorem nieważności, zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Zamawiającego, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść oferty, na podstawie której dokonano wyboru Świadczeniodawcy chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

**§ 19**

1. Realizując zadanie publiczne Zleceniobiorca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej, osobom ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U.
z 2019 r. poz.1696).
2. Brak zapewnienia dostępności, o której mowa w ust. 1 stanowi nienależyte wykonanie umowy

**§ 20**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 21**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Świadczeniodawcy, dwa egzemplarze dla Zamawiającego.

**ŚWIADCZENIODAWCA ZAMAWIAJĄCY**

ZAŁĄCZNIKI DO UMOWY:

1. Wysokość stawek za świadczenia zdrowotne.
2. Harmonogram na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

*Płatność: dz. 851, rodz. 85154, § 4280*

*Realizacja Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na 2022 rok – Zadanie
nr 1 „Zapewnienie ciągłości i zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i współuzależnionych”, pkt 1 „Finansowanie działań i świadczeń pomocowych (m.in. terapeutycznych nie finansowanych przez NFZ, w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczących usługi dla mieszkańców Włocławka, post-rehabilitacyjnych, zapobiegawczych, integracyjnych) dla osób uzależnionych, współuzależnionych, pijących szkodliwie, Dorosłych Dzieci Alkoholików oraz programów i świadczeń z zakresu terapii uzależnień dla dzieci, młodzieży i ich rodziców / opiekunów.*

UID…………

MM