Chęciny, dnia 2019-09-30

OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Na podstawie: art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2019. 959 tekst jednolity z późn. zm.)

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

1. **Nazwa:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
2. **Adres:** ul. Czerwona Góra 10, 2-060 Chęciny, tel:(0-41) 34-655-45

II. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:

1.Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego (kod CPV: 85140000-2 Różne usługi w dziedzinie zdrowia).**

2.Umowa zostanie zawarta na czas określony – od 20.10.2019.-30.09.2022r.

3.Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

1.Warunki udziału: w konkursie mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanych dalej: **SWKO**).

1. **Tryb udzielenia zamówienia:** konkurs ofert
2. **Kryteria oceny ofert:**
   - Cena
   - Jakość
   - Kompleksowość
   - Ciągłość
   - Dostępność

Udzielający zamówienie ma prawo przyjąć ofertę w części.

3. Termin składania ofert: 15 październik 2019 r. do godziny 10.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia (Sekretariat) lub listownie na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
ul. Czerwona Góra 10, 2-060 Chęciny (liczy się data doręczenia – nie data nadania).

4. Otwarcie ofert: nastąpi: 15 październik 2019 r. - godzina 12.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia.

5.Rozstrzygnięcie konkursu: w ciągu 7 dni od daty otwarcia ofert, o czym Udzielający zamówienia ogłosi na tablicy ogłoszeń. Udzielający zamówienia zastrzega sobie, bez podania przyczyny, prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz do przedłużenia terminu składania ofert lub rozstrzygnięcia konkursu, a także do zmiany SWKO lub ogłoszenia w zakresie nie dotyczącym kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od składających ofertę.

p.o. DYREKTOR
DYREKTOR

Załącznik nr 1 do SWKO

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny

FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

Oznaczenie oferenta:.....
Adres do korespondencji: .....
Tel.: .....
UWAGA:
1.Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.

2.Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

3.Do oferty należy załączyć:

3.1.kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,

3.2.kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,

3.3.Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.

3.4.Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.

3.5.Przez „Oferenta" należy każdorazowo rozumieć „Przyjmującego zamówienie".

Kryterium: CENA
Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizacje świadczeń zdrowotnych lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

A. (podać stopień specjalizacji / staż pracy)
Lekarz
Stawka:
1..... zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
2.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km,
3.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 20 km.
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,

.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
..... pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

Pielęgniarka

1. ..... zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
2. .....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km.

.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
..... pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

Fizjoterapeuta

.....,00 zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km oraz .....,00 zł (+ 0,8358 zł za km liczony od miejsca zamieszkania Przyjmującego Zamówienie do pacjenta, przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ..... doświadczenie zawodowe.

W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **zakresie** :

przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

przeprowadzanie wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.5.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,
1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu,
1.4.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie w uzgodnieniu z Kierownikiem Działu

Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X"):
na okres od 20.10.2019r. do 30.09.2022.
na okres od.....do . .....

UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią:
1.ogłoszenia,
2.Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
3.projektu umowy (Załącznik nr 3 do SWKO),
akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

WYRAŻAM ZGODĘ/ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:
i/lub
FAX: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

Lista załączników do Oferty:

.....

Data

Podpis i pieczątka Oferenta

Załącznik nr 2

.....

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ OFERENTA POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

-nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.

-nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

-nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

Podpis Oferenta

.....

Załącznik nr 4

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).

3.Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
(data i podpis)

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (dalej jako: **SWKO)**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH :

przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

Podstawa prawna: art. 26, art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2019. 959 tekst jednolity z późn. zm.)

Termin składania ofert: 15 październik 2019 roku do godziny 10.00
Termin otwarcia ofert: 15 październik 2019r. o godz. 12.00

I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**
Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się każdorazowo zgodnie z aktualnymi wytycznymi NFZ odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.
2. Zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszych SWKO.
3. Ostateczny kształt umowy zostanie odpowiednio dostosowany do formy prawnej działania Przyjmującego zamówienie.

II.OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:

Umowa zostanie zawarta na czas określony: od 20.10.2019r. do 30.09.2022r.

III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTA:

1. **Oferentem** może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalista chorób płuc, pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, lub a trakcie specjalizacji lub kursów: w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, fizjoterapeuta (dalej jako: **Przyjmujący zamówienie**).

2.Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

IV. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Do oferty należy dołączyć:

W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:

a/aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG), albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

b/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej.

Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:

- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom specjalizacji II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń (dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, w zakresie których Przyjmujący zamówienie składa ofertę i o ile wymagana jest specjalizacja zgodnie z SWKO),
- dyplom specjalizacji lub zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – dotyczy pielęgniarki,

a. kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

b. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku (tzw. zdolność do pracy - możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

c. wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, załącznik nr 2, zaparafowany projekt Umowy (załącznik nr 3) oraz Załącznik nr 4.

V. KRYTERIUM OCENY ZŁOŻONYCH OFERT:

Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: **wysokość wynagrodzenia** zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie **(cena),jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość**.

Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

Udzielający zamówienia może przyjąć ofertę w części.

Kryteria oceny:

A - Wysokość wynagrodzenia (Cena) Przyjmującego zamówienie, rozumianego jako obliczona na zasadach poniżej wartość punktowa następujących wynagrodzeń (podanych w formularzu ofertowym stawek brutto):

Sposób obliczania liczby punktów (LP) dla najniższego wynagrodzenia (Ceny) - według poniższego wzoru:

Kryterium: **Cena**

– wskaźnik **A** liczony ze wzoru:

$$\mathbf{A} = \frac{\text{Najniższa oferowana cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \text{ x 60 \% x 100}$$

W przypadku złożenia większej liczby ofert Udzielający zamówienia dokona wyboru ofert na podstawie ustalonego rankingu ofert (rozpoczynając od ofert z najwyższą liczbą punktów), do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

Za kryterium (cena) uzyskać można maksymalnie do 60 punktów.

B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość):

1.Oceniając **jakość i kompleksowość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:

Lekarz:

1.1.Lekarz lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii **10 pkt.**

1.2. Lekarz specjalista II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób płuc – **5 pkt.**

1.3. doświadczenie zawodowe do 5 lat – **5 pkt.**

1.4. doświadczenie zawodowe powyżej 5 lat – **10 pkt.**

Pielęgniarka:

1.1.Pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **10 pkt.**

1.2. Pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym w trackie specjalizacji lub kursu w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **5 pkt.**

1.3. doświadczenie zawodowe do 5 lat – **5 pkt.**

1.4. doświadczenie zawodowe powyżej 5 lat – **10 pkt.**

Fizjoterapeuta:

1.1.Fizjoteraputa z wykształceniem wyższym – **10 pkt.**

1.2. Fizjoterapeuta z wykształceniem średnim – **5 pkt.**

1.3. doświadczenie zawodowe do 5 lat – **5 pkt.**

1.4. doświadczenie zawodowe powyżej 5 lat – **10 pkt.**

2.Oceniając **dostępność** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym zakresie:

przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem, **- 10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

przeprowadzania wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem, **- 10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, **- 10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

3. Oceniając **ciągłość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za okres trwania umowy Przyjmującego zamówienie:

1. okres trwania umowy krótszy niż 2 lata – **5 pkt**

2.okres trwania umowy od 20.10.2019. do 30.09.2022r.– **10 pkt**

Za w/w 4 kryteria (jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość) uzyskać można maksymalnie do 40 punktów.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie

łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).

UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń zdrowotnych, przy czym dopuszczalne jest złożenie oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych, oferent składa odrębny Formularz Ofertowy (Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO) dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, a także, w przypadku wymagania różnych specjalizacji, odrębne dokumenty potwierdzające uzyskanie tytułu specjalisty.
3. Oferta powinna być złożona w formie pisemnej, na Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO, wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, zgodnie z określonymi w niniejszym dokumencie warunkami. Treść oferty musi odpowiadać wymogom SWKO.
4. Wynagrodzenie powinno zostać zawarte w Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO, i wyrażone każdorazowo w złotych polskich brutto (PLN).
5. Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
6. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem" przez Oferenta.
7. Wszelkie zmiany i poprawki w tekście oferty muszą być czytelne i parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
8. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent (niezależnie od wyniku niniejszego postępowania konkursowego).

MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, w zaklejonej kopercie w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do daty otwarcia ofert, należy złożyć do dnia 15.10.2019 r. do godziny 10.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia lub przesłać na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
ul. Czerwona Góra 10, 2-060 Chęciny (liczy się data doręczenia).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

„Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**
Nie otwierać do dnia 15.10.2019 r. do godziny 12.00".

Na kopercie należy umieścić dane identyfikacyjne Oferenta.

Celem dokonania zmian bądź poprawek, Oferent może wycofać wcześniej złożona ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu i zachowania formy pisemnej.

Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2018. poz. 2429) w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. Wybór drogi pocztowej dostarczenia oferty następuje na ryzyko Oferenta (liczy się data wpływu do Udzielającego zamówienie – nie data nadania czy przekazania kurierowi itp.).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

Otwarcie ofert w konkursie: odbędzie się w dniu **15.10.2019 r. o godz. 12.00.**

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

TRYB I ZAKRES PRAC KOMISJI KONKURSOWEJ

Konkurs przeprowadza Komisja powołana zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół.

Prace Komisji odbywają się w części jawnej i w części zamkniętej. Oferenci mogą być obecni na części jawnej.

Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności w części jawnej:

a) Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;

b) Otwiera koperty z ofertami;

c) Podaje informacje dotyczące cen ofert.

Komisja konkursowa w części zamkniętej posiedzenia, bez udziału Oferentów, dokonuje następujących czynności:

a) Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;

b) Odrzuca oferty:

- Nie odpowiadające warunkom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert; złożone po terminie; zawierające nieprawdziwe informacje; jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanego wynagrodzenia za realizację umowy, zawierające rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywą, jeżeli Udzielający zamówienia posiada wiedzę o uprzednim, w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, rozwiązaniu z Oferentem umowy o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych

warunków określonych w przepisach prawa oraz złożona oferta nie spełnia warunków określonych w SWKO.

W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego lub odwołanie konkursu, Komisja ogłasza o rozstrzygnięciu konkursu. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego następuje jego zakończenie.

1. Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność.
2. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala. Dyrektor Szpitala może odmówić zatwierdzenia wyników konkursu w przypadku stwierdzenia błędów postępowania konkursowego co skutkuje zakończeniem postępowania bez dokonania wyboru ofert.
4. Ogłoszenie wyników konkursu wywiesza się na tablicy ogłoszeń w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
5. Postępowanie konkursowe zostanie unieważnione, zgodnie z art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2018 poz.2429), gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem żadnej oferty.

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga. Środki odwoławcze nie przysługują na:
    a) wybór trybu postępowania;
    b) niedokonanie wyboru Oferenta;
    c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
    d) odwołania niniejszego konkursu przez Udzielającego zamówienia.
2. W toku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej www.czerwonagora.pl.
7. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
8. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia o wyniku postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
9. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZAWARCIE UMOWY

a) Zawarcie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, których dotyczy konkurs ofert, nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otwarcia ofert. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielanie przedmiotowego zamówienia.
b) Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert prawidłowo złożonych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE:

1.Udzielający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w całości lub w części bez podania przyczyny.
2.Osobą do kontaktu ze strony Udzielającego zamówienia jest: Katarzyna Resztak, Koordynator Sekcji ds. osobowych, tel: (041) 34-655-45 w.230 mail: k.resztak@czerwonagora.pl
3.Zapytania do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert można składać nie później niż na 3 dni przed terminem wyznaczonym na składanie ofert.
4.W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dokumencie oraz załącznikach do niego stosuje się odpowiednie
przepisy prawa.

Załączniki:

1.Formularz ofertowy - Załącznik nr 1.
2.Oświadczenie o zgodności danych przekładanych przez oferenta – Załącznik nr 2.
3.Wzór umowy - Załącznik nr 3 (projekt).
4. Klauzula zgodny na przetwarzanie danych osobowych – Załącznik nr 4

Dyrektor

p.o. DYREKTOR
Youssef Sleiman

WZÓR UMOWY
(projekt) Załącznik nr 3

UMOWA /UM/ 2019

o świadczenie usług pielęgniarskich w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu

zawarta w dniu 2019r.

pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26 – 060 Chęciny wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315, NIP 959-128-99-64, Świętokrzyski Urząd Skarbowy w Kielcach, Regon 000296213 zwanym dalej **„ Udzielającym zamówienia "**, reprezentowanym przez:

Dyrektora Youssefa Sleimana, zwanym w dalszej części umowy a

Panią, posiadającą prawo wykonywania zawodu **nr,** prowadzącą działalność gospodarczą jako adres:, , REGON, NIP, zwaną w dalszej części umowy **„ Przyjmującym zamówienie "**.

Podstawę prawną niniejszej umowy stanowią:

1.Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959, j.t.)
2.Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U.z 2011 r. Nr 293, poz. 1729),

§ 1

Podstawa zawarcia umowy:

Umowa zostaje zawarta w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki zdrowotnej zorganizowanego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r., poz. 959, t.j.).

§ 2

Przedmiot umowy:

Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na Tereni całego województwa świętokrzyskiego.**

§ 3

Czas trwania umowy:

Umowa niniejsza zostaje zawarta w dniu od dnia

§ 4

Terminy i warunki płatności:

II. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta inwazyjnego Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę będącą iloczynem ilości dni opieki nad pacjentem w domu oraz przyjętej stawki za osobodzień, tj.:

1. ,00 zł brutto (słownie: zł) przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
2. 00 zł brutto (słownie: zł) przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km.
3. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego poprawnie przez Przyjmującego Zamówienie do dnia 5 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

2.Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta nieinwazyjnego Udzielający Zamówienie zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę odnoszącą się procentowo do stawek

obliczanych dla pacjenta inwazyjnego w następujący sposób:
2.1. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
2.2. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
2.3 pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.
3.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia, wraz z rachunkiem o którym mowa w ust.1.3. Udzielającemu Zamówienia zestawienia z wykonanych czynności, potwierdzonych przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
4.Honorarium wskazane w ust. 1 i 2, stanowi całość należności za usługi świadczone Przyjmującego Zamówienie, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.
5.Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń za świadczone usługi, na podstawie odrębnych przepisów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i innych, obowiązujących w tym zakresie.
6.Okres rozliczeniowy wynosi **1 miesiąc**
7.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek złożenia prawidłowo wypełnionego rachunku do **Sekcji ds. Osobowych** Udzielający Zamówienia do **5-go dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego.**
8.Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:

4. imię i nazwisko / nazwę Przyjmującego Zamówienie,
5. określenie miesiąca i roku w którym realizowane były świadczenia,
6. ilość godzin udzielanych świadczeń i stawkę godzinową,
7. należność ogółem za wykonaną usługę,
8. datę wystawienia rachunku,
9. pełną nazwę i numer rachunku Przyjmującego Zamówienie,
10. własnoręczny podpis Przyjmującego Zamówienie.

9.Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane każdorazowo na rachunku przez Przyjmującego Zamówienie.

10.Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został złożony rachunek. Jeżeli tym dniem będzie dzień świąteczny lub wolny od pracy, nastąpi przesunięcie terminu do pierwszego dnia roboczego.

11.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

12.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

13.W przypadku błędnie wystawionego rachunku i braku wprowadzenia stosownych korekt w wyznaczonym terminie, lub złożenia rachunku po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, należność będzie wypłacona z miesięcznym opóźnieniem.

14.Przeniesienie jakichkolwiek wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, wyrażonej w sposób określony w art. 54 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej.

§ 5

Warunki realizacji umowy:
Przyjmujący Zamówienie będzie realizował przedmiot umowy tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu poprzez:

przeprowadzanie wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.5.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

2.Do zakresu wizyt pielęgniarskich należy:

2.1.kontrola skuteczności prowadzonej wentylacji mechanicznej,

2.2.kontrola sprawności sprzętu medycznego koniecznego do prowadzenia wentylacji mechanicznej,

2.3.kontrola ilości i stanu sprzętu jednorazowego,

2.4.ustawiczne szkolenie chorych i ich opiekunów w zakresie wentylacji domowej,

3.systematyczne kontaktowanie się z lekarzem nadzorującym w zakresie:

3.1.opracowania co 1 miesiąc Planu Wizyt Pielęgniarskich oraz Planu Opieki nad Pacjentem (może być opracowany na okres dłuższy niż 1 miesiąc),

3.2.realizacji planu leczniczego u chorego wentylowanego,

3.3.stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez telefoniczne zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu,

3.4. informowanie Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania. o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu leczenia,

4. dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz przesyłanie jej do Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (w tym odnotowywanie wykonywanych czynności
w karcie czynności z uwzględnieniem ich wykonania i pisemnym potwierdzeniem przez pacjenta lub jego rodziny, albo opiekuna faktycznego),

5. przestrzegania obowiązujących przepisów,

6. udział w okresowych szkoleniach zespołu Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania,

7. wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

§ 6

1. W przypadku kiedy Przyjmującym Zamówienie jest pielęgniarka zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, świadczenia będące przedmiotem umowy wykonywane będą poza godzinami pracy.
2. Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w oparciu o miesięczne harmonogramy akceptowane przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania. Pacjentów którym należy udzielić świadczeń zdrowotnych wskazuje Kierownik Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
3. Harmonogramy świadczenia usług będą sporządzane dla każdego okresu miesięcznego odrębnie, nie później niż do 25 dnia miesiąca na miesiąc następny.

§ 7

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej Umowy i nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy chyba, że uzyska zgodę Udzielającego Zamówienia.

2.W razie zaistnienia nieprzewidzialnych okoliczności uniemożliwiających wykonywanie usługi medycznej Przyjmujący Zamówienie może za zgodą Udzielającego Zamówienia powierzyć

wykonywanie swoich czynności osobie trzeciej, która w tym czasie zastępuje wyłącznie Przyjmującego Zamówienie.

4.Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany powiadomić na piśmie Udzielającego Zamówienie o przeniesieniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy na wskazaną osobę trzecią.

5.Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za realizację przedmiotu umowy osoby trzeciej, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. W przypadku uzasadnionej, złożonej na piśmie skargi pacjenta, rodziny lub opiekuna pacjenta w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem skarg dotyczących zastosowanych metod leczenia, po rozpatrzeniu skargi i uznaniu jej za zasadną, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapłacić Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości:
   1.1. 10% wynagrodzenia w przypadku pierwszej skargi,
   1.2. 20% wynagrodzenia w przypadku drugiej skargi,
   1.3. 30% wynagrodzenia w przypadku trzeciej skargi.
2. Trzecia uzasadniona skarga pacjenta, członka rodziny lub opiekuna pacjenta stanowi podstawę dla Udzielającego Zamówienie do rozwiązania niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości:
   3.1. 10% wynagrodzenia brutto z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. odmowy udzielenia świadczeń u pacjenta wskazanego przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, nie realizowaniu zapisów § 9 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie, jak również NFZ.
   3.2. Obniżenie wysokości zapłaty nie wyklucza możliwości rozwiązania umowy przez Udzielającego Zamówienie ze skutkiem natychmiastowym.
4. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest uiścić kary nałożone przez właściwe organy i instytucje z tytułu nieprzestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie przepisów związanych z realizacją niniejszych usług.

§ 9

Obowiązki Przyjmującego Zamówienie:

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada umiejętności i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuję się rzetelnego wykonywania świadczeń, zgodnie z obowiązującymi standardami, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w zakresie, a także warunki techniczne, jakimi dysponuje Udzielający Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 10

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia

22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729).

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dodatkowego ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń obejmujące także szkody związane z utratą lub naprawą uszkodzeń powierzonego sprzętu i aparatury medycznej wynikające z wadliwej eksploatacji lub zniszczeń.

3.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 przez cały okres obowiązywania umowy.

4.Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienia.

5.Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

§ 11

1.Przyjmujący Zamówcie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych
w związku z realizacją niniejszej umowy oraz do przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych.

2.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania:

2.1.Obowiązujących przepisów prawnych.

2.2.Przepisów określających prawa pacjenta,

2.3.Statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego Udzielającego Zamówienia,

2.4.Obwiązujących w Szpitalu procedur i innych wewnętrznych aktów normatywnych.

2.5.Standardów udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących w Szpitalu.

2.6.Kodeksu Etyki Lekarskiej.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz osoby przez niego upoważnione, w zakresie realizacji warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.

§ 13

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania informacji o sposobie wykonywania umowy Udzielającemu Zamówienia lub upoważnionej przez niego osobie, a w szczególności:

1.Sposobu udzielania świadczeń medycznych

2.Gospodarowania środkami publicznymi.

§ 14

Przyjmujący Zamówienie w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych na wszelkich dokumentach dotyczących tych świadczeń używa pieczęci nagłówkowej Udzielającego Zamówienia.

§ 15

Rozwiązanie umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
   1.1. z upływem czasu, na który była zawarta,
   1.2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, przy czym początek okresu przypada na pierwszy dzień miesiąca po upływie miesiąca, w którym złożono wypowiedzenie.
2. Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:

2.1. Przyjmujący Zamówienie swoje prawa i obowiązki przeniósł na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Udzielającego Zamówienia,

2.2. W wyniku kontroli wykonania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych oraz innych działań kontrolnych, uregulowanych w odrębnych przepisach, stwierdzono nie wypełnianie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu i złą jakość świadczeń.

2.3. Przyjmujący Zamówienie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu albo został zawieszony lub ograniczony w prawie wykonywania zawodu.

2.4. Przyjmujący Zamówienie nie dopełni lub nie podejmie się obowiązków określonych w umowie oraz rażąco narusza postanowienia umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy nie wypłacono należności z tytułu niniejszej umowy z winy Udzielającego Zamówienia za dwa pełne okresy płatności.

4. Za porozumieniem stron można rozwiązać umowę w każdym czasie.

5. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku nie udokumentowania w terminie 7 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 10.

§ 16

1.Administratorem danych osobowych powierzanych Przyjmującemu Zamówienie jest Udzielający Zamówienie.

2.Dane przekazywane są w celu realizacji usług opisanych niniejszą umową przez Przyjmującego Zamówienie.

3.Przekazywane dane osobowe obejmują dane dotyczące pacjentów w zakresie imion, nazwisk, adresów, telefonów kontaktowych, numerów PESEL, danych osób upoważnionych do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, informacji na temat stanu zdrowia.

4.Powierzone przez Udzielającego Zamówienie dane osobowe będą przetwarzane przez Przyjmującego Zamówienie wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

5.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy przekazywanych danych zarówno w trakcie obowiązywania umowy jak i po jej wygaśnięciu.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych wyłącznie w miejscu opisanym niniejszą umową, za pomocą urządzeń oraz środków technicznych i organizacyjnych dostarczanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania procedur, regulaminów oraz pozostałych środków organizacyjnych przyjętych przez Udzielającego Zamówienie.

8.Przyjmujący Zamówienie nie będzie powierzał przetwarzania omawianych danych osobowych innym podmiotom bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

9.Dane osobowe przetwarzane na mocy niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie pozostają własnością Udzielającego Zamówienie. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz kopiowania oraz przenoszenia danych poza obszar określony niniejszą umową bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

10.Powierzenie przetwarzania danych osobowych obowiązuje przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

§ 17

1. Przyjmujący Zamówienie z tytułu umowy nie nabywa żadnych uprawnień pracowniczych ani socjalnych.
2. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest pracownikiem Udzielającego Zamówienia w rozumieniu Kodeksu Pracy.
3. Spory, które mogą wynikać w trakcie realizacji niniejszej umowy, będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego Zamówienia.

§ 18

1. Zmiany w umowie mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie aneksu, po uprzednim uzgodnieniu przez strony treści zmian.
2. W przypadku zmiany przepisów regulujących materię objętą umową, zmiany do umowy wprowadzone zostaną z mocy prawa, w formie aneksu. Brak zgody Przyjmującego Zamówienie na ich wprowadzenie spowoduje wygaśnięcie umowy.

§ 19

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959).
2. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będą właściwe ze względu na siedzibę Udzielającego Zamówienia sądy powszechne.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Udzielający Zamówienia, a jeden Przyjmujący Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

WZÓR UMOWY (projekt) Załącznik nr 3

UMOWA nr / UM/ 2019

o świadczenie usług lekarskich w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu

zawarta w dniu 2019

pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26 – 060 Chęciny wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315, NIP 959-128-99-64, Świętokrzyski Urząd Skarbowy w Kielcach, Regon 000296213 zwanym dalej **„Udzielającym Zamówienia"**, reprezentowanym przez:

Dyrektora Youssefa Sleimana,

a

lekarzem posiadającą prawo wykonywania zawodu **nr** prowadzącą działalność gospodarczą jako adres:, Regon, NIP wpisaną do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej pod nr zwanym w dalszej części umowy **„Przyjmującym Zamówienie"**.

Podstawę prawną niniejszej umowy stanowią:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959t.j.)
2. Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729),
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018r., poz. 1669).

§ 1

Podstawa zawarcia umowy:

Umowa zostaje zawarta w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentem WSS im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie przeprowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959 j.t.).

§ 2

Przedmiot umowy:

Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu.**

§ 3

Czas trwania umowy:

Umowa niniejsza zostaje zawarta od dnia , do dnia

§ 4

Terminy i warunki płatności:

1. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta inwazyjnego Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę będącą iloczynem ilości dni opieki nad pacjentem w domu oraz przyjętej stawki za osobodzień:
   1.1. 00 zł brutto (słownie: zł) przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
   1.2. zł brutto (słownie: gr) przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km,
   1.3. zł brutto (słownie: zł i gr) przy dojazdach do pacjenta powyżej 20 km.
   1.4. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego poprawnie przez Przejmującego Zamówienie do dnia 5 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

2. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta nieinwazyjnego Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę odnoszącą się procentowo do stawek obliczanych dla pacjenta inwazyjnego w następujący sposób:

2.1. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,

2.2. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,

2.3 pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia, wraz z rachunkiem o którym mowa w ust.1.4. Udzielającemu Zamówienia zestawienia z wykonanych czynności, potwierdzonych przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
4. Udzielający Zamówienia nie pokrywa kosztów dojazdu do pacjenta. Przyjmujący Zamówienie organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie.
5. Honorarium wskazane w ust.1 i 2, stanowi całość należności za usługi świadczone przez Przyjmującego Zamówienie, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.
6. Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń za świadczone usługi, na podstawie odrębnych przepisów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i innych, obowiązujących w tym zakresie.
7. Okres rozliczeniowy wynosi **1 miesiąc.**
8. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek złożenia prawidłowo wypełnionego rachunku do **Sekcji ds. Osobowych** Udzielającego Zamówienia do **5-go dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego**.
9. Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:

   9.1. imię i nazwisko / nazwę z adresem Przyjmującego Zamówienie,

   9.2.dane dotyczące nabywcy tj. Udzielającego Zamówienia z adresem,

   9.3.kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,

   9.4.określenie miesiąca i roku w którym realizowane były świadczenia (datę dokonania lub zakończenia wykonania usługi),

   9.5.ilość (liczbę) i rodzaj wykonanych usług z podaniem ceny jednostkowej usługi,

   9.6.należność ogółem za wykonaną usługę wyrażoną liczbowo i słownie,

   9.7.datę wystawienia rachunku,

   9.8.pieczęć działalności Przyjmującego Zamówienie z numerem REGON i NIP,

   9.9.przepis ustawy na podstawie którego podatnik stosuje zwolnienie z podatku VAT,

   9.10 pełną nazwę i numer rachunku Przyjmującego Zamówienie,

   9.11.własnoręczny podpis Przyjmującego Zamówienie.

10. Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane każdorazowo na rachunku przez Przyjmującego Zamówienie.
11. Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został złożony rachunek. Jeżeli tym dniem będzie dzień świąteczny lub wolny od pracy, nastąpi przesunięcie terminu do pierwszego dnia roboczego.
12. Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.
13. Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienia w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

14. W przypadku błędnie wystawionego rachunku i braku wprowadzenia stosownych korekt w wyznaczonym terminie, lub złożenia rachunku po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.
15. Przeniesienie jakichkolwiek wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, wyrażonej w sposób określony w art. 54 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej.

§ 5

Warunki realizacji umowy:

1.Przyjmujący Zamówienie będzie realizował przedmiot umowy tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu poprzez:

przeprowadzanie wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.5.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

2.Do zakresu wizyt lekarskich należy:

2.1.diagnozowanie pacjentów – badania podmiotowe i przedmiotowe,

2..2. wydawanie zleceń diagnostycznych w zakresie pielęgniarskimi i lekarskim,

2.3. wykonywanie lekarskich zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,

2.4.nadzór nad zabiegami diagnostycznymi i terapeutycznymi wykonywanymi przez personel pielęgniarski oraz fizjoterapeutę,

2.5.kontrola skuteczności prowadzonej wentylacji mechanicznej,

2.6.kontrola sprawności sprzętu medycznego koniecznego do prowadzenia wentylacji mechanicznej,

2.7.ustalanie parametrów wentylacji mechanicznej,

2.8.nadzór nad prowadzoną wentylacja mechaniczną u pacjentów objętych opieką,

2.9.ustawiczne szkolenie chorych i ich opiekunów w zakresie wentylacji domowej,

2.10.systematyczne kontaktowanie się z Kierownikiem Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania w zakresie:

2.10.1. opracowania co 1 miesiąc Planu Wizyt Lekarskich oraz Planu Opieki nad Pacjentem (może być opracowany na okres dłuższy niż 1 miesiąc),

2.10.2.realizacji planu leczniczego u chorego wentylowanego,

3.stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez telefoniczne zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu,

4.informowanie Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu leczenia,

5.dokładne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz przesyłanie jej do Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (w tym odnotowywanie wykonywanych czynności w karcie czynności z uwzględnieniem ich wykonania i pisemnym potwierdzeniem przez pacjenta lub jego rodziny, albo opiekuna faktycznego),

§ 6

1. W przypadku kiedy Przyjmującym Zamówienie jest lekarz zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, świadczenia będące przedmiotem umowy wykonywane będą poza jego godzinami pracy.

2. Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w oparciu o miesięczne harmonogramy ustalane w uzgodnieniu z Kierownikiem Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
3. Harmonogramy świadczenia usług będą sporządzane dla każdego okresu miesięcznego odrębnie, nie później niż do 25 dnia miesiąca na miesiąc następny.

§ 7

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej Umowy i nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy chyba, że uzyska zgodę Udzielającego Zamówienia.
2. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających wykonanie usługi medycznej Przyjmujący Zamówienie może za zgodą Udzielającego Zamówienia powierzyć wykonywanie swoich czynności osobie trzeciej, która w tym czasie zastępuje wyłącznie Przyjmującego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany powiadomić na piśmie Udzielającego Zamówienia o przeniesieniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy na wskazaną osobę trzecią.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za realizację przedmiotu umowy przez osoby trzecie, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. W przypadku uzasadnionej, złożonej na piśmie skargi rodziny lub opiekuna pacjenta w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, po rozpatrzeniu skargi i uznaniu jej za zasadną, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapłacić Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości:
   1.1. 10% wynagrodzenia w przypadku pierwszej skargi,
   1.2. 20% wynagrodzenia w przypadku drugiej skargi,
   1.3. 30% wynagrodzenia w przypadku trzeciej skargi.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie.

§ 9

Obowiązki Przyjmującego Zamówienie:

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada umiejętności i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń, zgodnie z obowiązującymi standardami, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do wykonywania we własnym zakresie profilaktycznych badań lekarskich i szkoleń bhp.

§ 10

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729).

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dodatkowego ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń obejmujące także szkody związane z utratą lub naprawą uszkodzeń powierzonego sprzętu i aparatury medycznej wynikające z wadliwej eksploatacji lub zniszczeń.

3.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 przez cały okres obowiązywania umowy.

4.Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienia.

5.Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

§ 11

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy oraz do przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez: Narodowy Fundusz Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz osoby przez niego upoważnione, w zakresie realizacji warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.

§ 13

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania informacji o sposobie wykonywania umowy Udzielającemu Zamówienia lub upoważnionej przez niego osobie.

§ 14

Przyjmujący Zamówienie w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych na wszelkich dokumentach dotyczących tych świadczeń używa pieczęci nagłówkowej Udzielającego Zamówienia.

§ 15

Rozwiązanie umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
   1.1. z upływem czasu, na który była zawarta,
   1.2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, przy czym początek okresu przypada na pierwszy dzień miesiąca po upływie miesiąca, w którym złożono wypowiedzenie.
2. Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
   2.1. Przyjmujący Zamówienie swoje prawa i obowiązki przeniósł na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Udzielającego Zamówienia,
   2.2. W wyniku kontroli wykonania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych oraz innych działań kontrolnych, uregulowanych w odrębnych przepisach, stwierdzono nie wypełnianie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu i złą jakość świadczeń.
   2.3. Przyjmujący Zamówienie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu albo został zawieszony lub ograniczony w prawie wykonywania zawodu.
   2.4. Przyjmujący Zamówienie nie dopełni lub nie podejmie się obowiązków określonych w umowie oraz rażąco narusza postanowienia umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy nie wypłacono należności z tytułu niniejszej umowy z winy Udzielającego Zamówienia za dwa pełne okresy płatności.
4. Za porozumieniem stron można rozwiązać umowę w każdym czasie.
5. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku nie udokumentowania w terminie 7 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 10 ust. 1

§ 16

1.Administratorem danych osobowych powierzanych Przyjmującemu Zamówienie jest Udzielający Zamówienie.

2.Dane przekazywane są w celu realizacji usług opisanych niniejszą umową przez Przyjmującego Zamówienie.

3.Przekazywane dane osobowe obejmują dane dotyczące pacjentów w zakresie imion, nazwisk, adresów, telefonów kontaktowych, numerów PESEL, danych osób upoważnionych do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, informacji na temat stanu zdrowia.

4.Powierzone przez Udzielającego Zamówienie dane osobowe będą przetwarzane przez Przyjmującego Zamówienie wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

5.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy przekazywanych danych zarówno w trakcie obowiązywania umowy jak i po jej wygaśnięciu.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych wyłącznie w miejscu opisanym niniejszą umową, za pomocą urządzeń oraz środków technicznych i organizacyjnych dostarczanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania procedur, regulaminów oraz pozostałych środków organizacyjnych przyjętych przez Udzielającego Zamówienie.

8.Przyjmujący Zamówienie nie będzie powierzał przetwarzania omawianych danych osobowych innym podmiotom bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

9.Dane osobowe przetwarzane na mocy niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie pozostają własnością Udzielającego Zamówienie. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz kopiowania oraz przenoszenia danych poza obszar określony niniejszą umową bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

10.Powierzenie przetwarzania danych osobowych obowiązuje przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

§ 17

1. Przyjmujący Zamówienie z tytułu umowy nie nabywa żadnych uprawnień pracowniczych ani socjalnych.
2. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest pracownikiem Udzielającego Zamówienia w rozumieniu Kodeksu Pracy.

3. Spory, które mogą wynikać w trakcie realizacji niniejszej umowy, będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego Zamówienia.

§ 18

1. Zmiany w umowie mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie aneksu, po uprzednim uzgodnieniu przez strony treści zmian.
2. W przypadku zmiany przepisów regulujących materię objętą umową, zmiany do umowy wprowadzone zostaną z mocy prawa, w formie aneksu. Brak zgody Przyjmującego Zamówienie na ich wprowadzenie spowoduje wygaśnięcie umowy.

§ 19

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959 t..j.).
2. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będą właściwe ze względu na siedzibę Udzielającego Zamówienia sądy powszechne.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Udzielający Zamówienia, a jeden Przyjmujący Zamówienie.

Udzielający Zamówienia **Przyjmujący Zamówienie**

WZÓR UMOWY
(projekt) Załącznik nr 3

UMOWA nr / UM/ 2019

o świadczenie usług fizjoterapeutycznych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu zawarta w dniu 2019r.

pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26 – 060 Chęciny wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315, NIP 959-128-99-64, Świętokrzyski Urząd Skarbowy w Kielcach, Regon 000296213, reprezentowanym przez:

Dyrektora Youssefa Sleimana, zwanym dalej **„Udzielającym Zamówienia"**

a

prowadzącą działalność gospodarczą jako: adres:, Regon, NIP:, zwaną w dalszej części umowy **„Przyjmującym Zamówienie"**.

Podstawę prawną niniejszej umowy stanowią:

1.Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019 r., poz. 959, j.t..).
2.Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729).

§ 1

Podstawa zawarcia umowy:

Umowa zostaje zawarta w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki zdrowotnej zorganizowanego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019 r. poz. 959j.t.).

§ 2

Przedmiot umowy:

Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

§ 3

Czas trwania umowy:

Umowa niniejsza zostaje zawarta w dniu 2019r. z mocą obowiązującą od dnia do dnia

§ 4

Terminy i warunki płatności:

1.Za świadczenie umówionych usług Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę będącą iloczynem ilości wizyt rehabilitacyjnych w danym miesiącu oraz przyjętej stawki za wizytę tj.,00 zł brutto (słownie: zł 00/100) przy dojazdach do pacjenta do 10 km, oraz,00 zł brutto (słownie: zł 00/100) + 0,8358 zł za km liczony od miejsca zamieszkania Przyjmującego Zamówienie do miejsca zamieszkania pacjenta – przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km, na podstawie rachunku wystawionego przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia, wraz z rachunkiem o którym mowa w ust.1. Udzielającemu Zamówienie zestawienia z wykonanych czynności, potwierdzonych przez Kierownika Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

3. Przyjmujący Zamówienie organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania z własnego środka transportu i telefonu.
4. Honorarium wskazane w ust.1, stanowi całość należności za usługi świadczone przez Przyjmującego Zamówienie, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.

5.Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń za świadczone usługi, na podstawie odrębnych przepisów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i innych, obowiązujących w tym zakresie.

6.Okres rozliczeniowy wynosi **1 miesiąc.**

7.Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek złożenia prawidłowo wypełnionego rachunku do **Sekcji ds. Osobowych** Udzielającego Zamówienia do **5-go dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego**.

8.Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:

8.1. imię i nazwisko / nazwę z adresem Przyjmującego Zamówienie,

8.2.dane dotyczące nabywcy tj. Udzielającego Zamówienia z adresem,

8.3.kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,

8.4.określenie miesiąca i roku w którym realizowane były świadczenia (datę dokonania lub zakończenia wykonania usługi),

8.5.ilość (liczbę) i rodzaj wykonanych usług z podaniem ceny jednostkowej usługi,

8.6.należność ogółem za wykonaną usługę wyrażoną liczbowo i słownie,

8.7.datę wystawienia rachunku,

8.8.pieczęć działalności Przyjmującego Zamówienie z numerem REGON i NIP,

8.9.przepis ustawy na podstawie którego podatnik stosuje zwolnienie z podatku VAT,

8.10 pełną nazwę i numer rachunku Przyjmującego Zamówienie,

9.11.własnoręczny podpis Przyjmującego Zamówienie.

9.Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane każdorazowo na rachunku przez Przyjmującego Zamówienie.

10.Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został złożony rachunek. Jeżeli tym dniem będzie dzień świąteczny lub wolny od pracy, nastąpi przesunięcie terminu do pierwszego dnia roboczego.

11.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

12.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienia w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

13.W przypadku błędnie wystawionego rachunku i braku wprowadzenia stosownych korekt w wyznaczonym terminie, lub złożenia rachunku po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.

14.Przeniesienie jakichkolwiek wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, wyrażonej w sposób określony w art. 54 ust. 5 Ustawy
o działalności leczniczej.

§ 5

Warunki realizacji umowy:
Udzielający Zamówienia zleca Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu, a w szczególności:

1.przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:
1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,
1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu,
1.4.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownik Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.
2.Do zakresu wizyt fizjoterapeuty należy:
2.1.wykonywanie czynności, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, wynikającymi ze zleceń lekarskich orz ustalonego planu rehabilitacji,
2.2.kontrola sprawności sprzętu medycznego koniecznego do prowadzenia wentylacji mechanicznej,
2.3.pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w domu,
2.4.przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielegnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością,
2.5.pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotny związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
3.systematyczne kontaktowanie się z lekarzem nadzorującym w zakresie:
3.1.opracowania co 1 miesiąc Planu Wizyt oraz Planu Opieki nad Pacjentem (może być opracowany na okres dłuższy niż 1 miesiąc),
3.2.realizacji planu rehabilitacji u chorego wentylowanego,
3.4. informowanie lekarza nadzorującego wentylację o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu rehabilitacji,
4. dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz przesyłanie jej do Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania (w tym odnotowywanie wykonywanych czynności w karcie czynności z uwzględnieniem ich wykonania i pisemnym potwierdzeniem przez pacjenta lub jego rodziny, albo opiekuna faktycznego),
5. przestrzegania obowiązujących przepisów,
6. udział w okresowych szkoleniach zespołu Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania,
7. wykonywanie innych czynności zleconych przez Kierownika Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

§ 6

1. W przypadku kiedy Przyjmującym Zamówienie jest fizjoterapeuta zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, świadczenia będące przedmiotem umowy wykonywane będą poza jej godzinami pracy.
2. Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w oparciu o miesięczne harmonogramy akceptowane przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania. Pacjentów którym należy udzielić świadczeń zdrowotnych wskazuje Kierownik Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
3. Harmonogramy świadczenia usług będą sporządzane dla każdego okresu miesięcznego odrębnie, nie później niż do 25 dnia miesiąca na miesiąc następny.

§ 7

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej Umowy i nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy chyba, że uzyska zgodę Udzielającego Zamówienia.

2.W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających wykonanie usługi medycznej Przyjmujący Zamówienie może za zgodą Udzielającego Zamówienia powierzyć wykonywanie swoich czynności osobie trzeciej, która w tym czasie zastępuje wyłącznie Przyjmującego Zamówienie.

3.Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany powiadomić na piśmie Udzielającego Zamówienia o przeniesieniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy na wskazaną osobę trzecią.

4.Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za realizację przedmiotu umowy przez osoby trzecie, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1.W przypadku uzasadnionej, złożonej na piśmie skargi rodziny lub opiekuna pacjenta w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, po rozpatrzeniu skargi i uznaniu jej za zasadną, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapłacić Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości:

1.1.10% wynagrodzenia w przypadku pierwszej skargi,

1.2. 20% wynagrodzenia w przypadku drugiej skargi,

1.3.30% wynagrodzenia w przypadku trzeciej skargi.

2.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości:

2.1.10% wynagrodzenia brutto z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. odmowy udzielania świadczeń u pacjenta wskazanego przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania nie realizowania zapisów § 9 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie, jak również NFZ.

3.Obniżenie wysokości zapłaty nie wyklucza możliwości rozwiązania umowy przez Udzielającego Zamówienia ze skutkiem natychmiastowym.

4.Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie.

5.Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie.

§ 9

Obowiązki Przyjmującego Zamówienie:

1.Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada umiejętności i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

2.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń, zgodnie z obowiązującymi standardami, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie, a także warunki techniczne, jakimi dysponuje Udzielający Zamówienia.

3.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 10

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. Nr 293, poz. 1729).
2. Przed przystąpieniem do realizacji przedmiotu umowy Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do dostarczenia Udzielającemu Zamówienia dokumentów potwierdzających zawarcie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

§ 11

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych
w związku z realizacją niniejszej umowy oraz do przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych. 2.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania:

2.1.Obowiązujących przepisów prawnych.

2.2.Przepisów określających prawa pacjenta,

2.3.Statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego Udzielającego Zamówienia,

2.4.Obwiązujących w Szpitalu procedur i innych wewnętrznych aktów normatywnych.

2.5.Standardów udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących w Szpitalu.

2.6.Kodeksu Etyki Lekarskiej.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez: Narodowy Fundusz Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz osoby przez niego upoważnione, w zakresie realizacji warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.

§ 13

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania informacji o sposobie wykonywania umowy Udzielającemu Zamówienia lub upoważnionej przez niego osobie, a w szczególności:

1. Sposobu udzielania świadczeń medycznych.
2. Gospodarowania środkami publicznymi.

§ 14

Przyjmujący Zamówienie w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych na wszelkich dokumentach dotyczących tych świadczeń używa pieczęci nagłówkowej Udzielającego Zamówienia.

§ 15

Rozwiązanie umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
   1.1. z upływem czasu, na który była zawarta,
   1.2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, przy czym początek okresu przypada na pierwszy dzień miesiąca po upływie miesiąca, w którym złożono wypowiedzenie.
2. Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
   2.1. Przyjmujący Zamówienie swoje prawa i obowiązki przeniósł na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Udzielającego Zamówienia,
   2.2. W wyniku kontroli wykonania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych oraz innych działań kontrolnych, uregulowanych w odrębnych przepisach, stwierdzono nie wypełnianie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu i złą jakość świadczeń.
   2.3. Przyjmujący Zamówienie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu albo został zawieszony lub ograniczony w prawie wykonywania zawodu.

2.4. Przyjmujący Zamówienie nie dopełni lub nie podejmie się obowiązków określonych w umowie oraz rażąco narusza postanowienia umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy nie wypłacono należności z tytułu niniejszej umowy z winy Udzielającego Zamówienia za dwa pełne okresy płatności.
4. Za porozumieniem stron można rozwiązać umowę w każdym czasie.
5. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku nie udokumentowania w terminie 7 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 10 ust. 1.

§ 16

1.Administratorem danych osobowych powierzanych Przyjmującemu Zamówienie jest Udzielający Zamówienie.

2.Dane przekazywane są w celu realizacji usług opisanych niniejszą umową przez Przyjmującego Zamówienie.

3.Przekazywane dane osobowe obejmują dane dotyczące pacjentów w zakresie imion, nazwisk, adresów, telefonów kontaktowych, numerów PESEL, danych osób upoważnionych do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, informacji na temat stanu zdrowia.

4.Powierzone przez Udzielającego Zamówienie dane osobowe będą przetwarzane przez Przyjmującego Zamówienie wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

5.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy przekazywanych danych zarówno w trakcie obowiązywania umowy jak i po jej wygaśnięciu.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych wyłącznie w miejscu opisanym niniejszą umową, za pomocą urządzeń oraz środków technicznych i organizacyjnych dostarczanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania procedur, regulaminów oraz pozostałych środków organizacyjnych przyjętych przez Udzielającego Zamówienie.

8.Przyjmujący Zamówienie nie będzie powierzał przetwarzania omawianych danych osobowych innym podmiotom bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

9.Dane osobowe przetwarzane na mocy niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie pozostają własnością Udzielającego Zamówienie. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz kopiowania oraz przenoszenia danych poza obszar określony niniejszą umową bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

10.Powierzenie przetwarzania danych osobowych obowiązuje przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

§ 17

1. Przyjmujący Zamówienie z tytułu umowy nie nabywa żadnych uprawnień pracowniczych ani socjalnych.

2. Przyjmujący Zamówienie w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest pracownikiem Udzielającego Zamówienia w rozumieniu Kodeksu Pracy.
3. Spory, które mogą wynikać w trakcie realizacji niniejszej umowy, będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego Zamówienia.

§ 18

1. Zmiany w umowie mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie aneksu, po uprzednim uzgodnieniu przez strony treści zmian.
2. W przypadku zmiany przepisów regulujących materię objętą umową, zmiany do umowy wprowadzone zostaną z mocy prawa, w formie aneksu. Brak zgody Przyjmującego Zamówienie na ich wprowadzenie spowoduje wygaśnięcie umowy.

§ 19

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019r. poz. 959).
2. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będą właściwe ze względu na siedzibę Udzielającego Zamówienia sądy powszechne.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Udzielający Zamówienia, a jeden Przyjmujący Zamówienie.

Udzielający Zamówienia **Przyjmujący Zamówienie**