

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU NEUROCHIRURGII U DZIECI I KIEROWANIA ODDZIAŁEM  
NEUROCHIRURGII DZIECIĘCEJ ORAZ W PORADNI NEUROCHIRURGICZNEJ DLA DZIECI  
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU DZIECIĘCYM  
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY**

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy ul. Chodkiewicza 44, tel. 52 32-62-100, fax 52 32-62-101 zwany dalej Udzielającym zamówienie ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii u dzieci i kierowania oddziałem.

### **I. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.05.2022 r. do 30.04.2024 r.

### **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w projekcie umowy, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej specyfikacji.

### **III. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE**

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą usługodawcy, którzy spełniają następujące warunki:
  - a) w zakresie lekarza kierującego Oddziałem Neurochirurgii Dziecięcej:
    - lekarz specjalista w dziedzinie neurochirurgii,
    - posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w zakresie neurochirurgii po specjalizacji,
    - posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w operacjach guzów mózgu i kanału kręgowego z użyciem neuromonitoringu śródoperacyjnego,
    - posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w zabiegach endoskopowych i interdyscyplinarnych w zakresie laryngologii i chirurgii twarzowo-szczękowej;
  - b) udzielanie świadczeń na podstawie załączonego wzoru umowy.
2. Oferta **musi** zawierać następujące dokumenty:
  - a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
    - dyplom, tytuł naukowy,
    - specjalizacja,
    - certyfikaty, dyplomy potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe z ostatnich 2 lat,
  - b) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
  - c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL – księga rejestrowa ze wskazaniem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy jako miejsce udzielania świadczeń,
  - d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>),
  - e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
  - f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,
  - g) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
  - h) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
  - i) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
  - j) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiące załącznik nr 3,
  - k) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
  - l) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS załącznik nr 6,
  - m) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
    - aktualny odpis z właściwego rejestru,
    - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
  - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
3. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający zamówienia wskazuje termin, miejsce zawarcia i podpisania umowy, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy.

#### **UWAGA**

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDY DOKUMENT) PRZEZ OFERENTA.

#### **IV. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Okres związania ofertą wynosi **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
3. Oferent poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta musi być napisana w języku polskim oraz podpisana przez oferenta.
5. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego w Bydgoszczy przy ul. Chodkiewicza 44, w Dziale Kadr Szpitala **do dnia 22.04.2022 r. do godz. 14:35.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu neurochirurgii i kierowania oddziałem Neurochirurgii Dziecięcej. Oferty nie otwierać przed 26.04.2022 r. godz. 9.00.**”, na ofercie musi być umieszczone nazwisko, adres oferenta i numer telefonu.
7. Oferty złożone po terminie składania ofert zostaną zwrócone bez otwierania.
8. Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzać w niej zmian po upływie terminu składania ofert.
9. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego przy ul. Chodkiewicza 44 w sali wykładowej **dnia 26.04.2022 r. godz. 9:00.**  
Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert.
10. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada zasadom określonym w specyfikacji oraz została uznana za najkorzystniejszą.
11. Zamawiający powiadomi o wyniku prac komisji niezwłocznie, zawiadamiając oferentów na piśmie.
12. Do kontaktów z oferentami uprawniony jest Dział Kadr.

#### **V. KRYTERIA WYBORU OFERTY**

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) Kwalifikacji oferenta,
  - 2) kwoty należności za realizację zamówienia
  - 3) jakość udzielanych świadczeń (w szczególności doświadczenie zawodowe, pozytywne relacje z pacjentami i ich opiekunami prawnymi),
  - 4) kompleksowości,
  - 5) dostępności,
  - 6) ciągłości,
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Dziale Kadr).

#### **VI. PROTESTY**

Oferentom, którzy ubiegać się będą o zamówienie przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 t.j.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633 t.j.).

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
podpis



**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**WZÓR - Umowa nr .../.../...  
o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu .....  
zawarta w dniu ..... roku**

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 2219) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**, z siedzibą przy ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz, o nr REGON 000898946, o nr NIP 554-22-35-340, zarejestrowanym w KRS w Bydgoszczy XIII WG pod nr KRS 0000002360, reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – mgr Edwarda Hartwicha**, zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”,

a

**Panią/Panem** ..... zamieszkałym przy ul. ....  
**zwaną w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”**,  
o następującej treści:

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

**Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:

1. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr ..... wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w .....
2. Prowadzi indywidualną/specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną do Rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich, prowadzonego przez .....
3. Posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

**§ 2**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie**

- w Oddziale .....
- w Poradni.....

pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy na rzecz **Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami.

2. Umowa reguluje prawa i obowiązki stron, została zawarta w oparciu o protokół Komisji Konkursowej z dnia ..... roku.

## Obowiązki Przyjmującego zamówienie

### § 3

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania z należytą starannością obowiązków lekarza specjalisty ... w zakresie określonym w niniejszej umowie i zgodnie z warunkami ustalonymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy, w szczególności do:

1. Osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy zgodnie z wymogami wiedzy i umiejętnościami lekarskimi na zasadach określonych w § 5 niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
  - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - c) regulaminu organizacyjnego **Udzielającego zamówienie**,
  - d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
  - e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
3. Przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej.
4. Udzielania nieodpłatnych konsultacji w innych oddziałach szpitala.
5. Przebywania w godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń na terenie Szpitala, a po odrębnym uzgodnieniu z **Udzielającym zamówienia** lub osobą przez niego upoważnioną pozostawania w dyspozycji całą dobę.
6. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Ordynatora/Zarządzającego o przyczynie i okresie nieobecności.
7. Znajomości i przestrzegania przepisów prawa obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: przepisów bhp, ppoż. i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.
8. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
9. Dbania o mienie Szpitala udostępnione przez **Udzielającego zamówienia** celem realizacji niniejszej umowy.
10. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkowania sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
11. Samodzielnego opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne oraz inne świadczenia (w tym rozliczenia z Urzędem Skarbowym) wynikające z obowiązujących przepisów, które **Przyjmujący zamówienie** pokrywa we własnym zakresie.
12. Zawarcia na własny koszt umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3.
13. Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
  - a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
  - c) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
  - d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
  - e) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych,
  - f) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.
14. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
15. Prowadzenia szkoleń podyplomowych i specjalizacyjnych lekarzy i pielęgniarek.
16. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
17. Dostarczenia **Udzielającemu zamówienia** oraz aktualizowania wszelkich niezbędnych dokumentów, a w szczególności:

- a) polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3,
  - b) orzeczenia lekarskiego o zdolności do świadczenia usług,
  - c) aktualnych zaświadczeń potwierdzających odbycie szkoleń z zakresu bhp i p.poż.
18. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm.
19. **Przyjmujący zamówienie** pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie.
20. Nie podejmowania, **bez zgody Udzielającego zamówienia**, działalności konkurencyjnej polegającej na udzielaniu tożsamy z niniejszą umową świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w okresie obowiązywania niniejszej umowy.

### **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 4**

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność solidarnie z **Udzielającym zamówienia**.
2. Za szkody powstałe w mieniu udostępnionym **Przyjmującemu zamówienie**, odpowiada on do pełnej wysokości wyrządzonej szkody, jeżeli powstanie ona w wyniku zaniechania, niedbalstwa, umyślnego uszkodzenia lub zagubienia.
3. **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za racjonalne wykorzystanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sprzętu, aparatury, a także leków, artykułów sanitarnych itp.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu zamówienie karę umowną z tytułu nienależytego wykonania umowy w poniższych przypadkach oraz w wysokości:
  - a) 5 % całkowitego rocznego umownego wynagrodzenia brutto w przypadku powtarzających się rażących błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli prowadzonej przez Udzielającego zamówienie, jak również przez NFZ;
  - b) 5 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za nieprzestrzeganie ustalonego harmonogramu świadczenia usług.
5. W przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia dokumentów wymienionych w § 3 pkt 17 lub utraty ich ważności **Przyjmujący zamówienie** nie ma prawa udzielać świadczeń zdrowotnych, a **Udzielający zamówienie** wstrzyma wypłatę wynagrodzenia bez uprzedniego powiadomienia do momentu dostarczenia wymaganych dokumentów. Ponadto **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
6. Podstawą do obliczenia kary umownej jest wynagrodzenie należne za miesiąc, w którym **Przyjmujący zamówienie** nienależycie wykonywał umowę.
7. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w najbliższym terminie płatności.
8. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
9. Naruszenie obowiązków określonych w § 3 pkt 16 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

### **Czas i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych**

#### **§ 5**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń:
  - a) w zakresie kierowania Oddziałem Neurochirurgii Dziecięcej w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości ...zł (słownie ...złoty) zwane ryczałtem kierowniczym.

- b) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzyma wynagrodzenie w wysokości ... **wartości punktowej** procedury wg wyceny NFZ(słownie ...) pomniejszony o koszt stymulatora/implantu,
  - c) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzyma wynagrodzenie w wysokości ... **wartości** zrealizowanych punktów w Poradni Neurochirurgicznej dla Dzieci,
  - d) pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii za co otrzyma wynagrodzenie w wysokości w wysokości ... **zł.** za 1 godzinę (słownie ...zł.),
  - e) udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji pilnych w wysokości ... **zł.** za 1 konsultację (słownie ...zł.),
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
  3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w pkt 1 lit. „d” w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienia**.
  4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
  5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
  6. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
  7. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
  8. Za okres udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza zastępującego **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie

### **Prawa Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 6**

1. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do płatnego zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie do 26 dni kalendarzowych w roku liczonych w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie 10 dni roboczych w roku na szkolenie.
3. **Przyjmujący zamówienie** może otrzymać zwolnienie z udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie dłuższym niż wymieniony w pkt 2 jeżeli leży to w interesie **Udzielającego zamówienia**.
4. W czasie wykorzystywania zwolnienia określonego w pkt 3 **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie w wysokości części ryczałtu podstawowego w zakresie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia**.
5. W czasie wykorzystywania zwolnienia określonego w pkt 2 **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie w wysokości części ryczałtu podstawowego wyliczonego proporcjonalnie do wykorzystywanych dni.
6. Prawo do płatnego zwolnienia **Przyjmującego zamówienie** możliwe jest po powiadomieniu pisemnym Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem i otrzymaniu jego zgody.
7. **Przyjmujący zamówienie** może w terminie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** nie udzielać świadczeń zdrowotnych. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.
8. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do wzywania nieodpłatnie na konsultacje lekarzy innych specjalności z innych oddziałów Szpitala oraz innych szpitali, a także innych pracowników medycznych pozostających w gotowości dyżurowej oraz wydawać zlecenia personelowi zatrudnionemu przez **Udzielającego zamówienia** w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.

9. **Przyjmujący zamówienie** udziela świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia**.
10. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 9 musi odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
11. **Przyjmujący zamówienie** może kierować pacjentów na leczenie do innych podmiotów leczniczych, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta, a możliwości diagnostyczne, lecznicze lub brak miejsca nie zapewnią dalszego leczenia.
12. W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych **Przyjmujący zamówienie** zasięga opinii Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa lub wzywa go na konsultację.

## Obowiązki Udzielającego zamówienia

### § 7

**Udzielający zamówienia** zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania niniejszej umowy, pomieszczenia Szpitala wraz ze składnikami majątkowymi tj. aparaturą, sprzętem medycznym, lekami, materiałami medycznymi i innymi środkami niezbędnymi do wykonania zamówienia.
2. Środki udostępnione przez **Udzielającego zamówienia**, o których mowa w pkt 1, nie mogą być używane w inny sposób niż do celów związanych z realizacją nin. umowy. **Przyjmujący zamówienie** nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy i środków określonych w pkt 1 będącym następstwem ich prawidłowego używania.
3. Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za wykonanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 8.

## Zasady wynagradzania

### § 8

1. Strony ustalają, że miesięczne wynagrodzenie obejmuje:
  - a) ryczałt kierowniczy, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „a” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
  - b) Wynagrodzenie za udzielone świadczenia, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „b”, „c”, „d”, „e” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych **Udzielającego zamówienia** za udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** świadczenia zdrowotne.

### § 9

**Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/fakturę za wykonane świadczenia w Dziale Kadr, w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.

1. Rachunek/ faktura powinny zawierać:
  - a) imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
  - b) określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
  - c) wartość ryczałtu kierowniczego dotyczącego udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - d) wartość wykonanych procedur zabiegowych, wartość zrealizowanych punktów w Poradni, liczba i wartość udzielonych konsultacji, liczbę i wartość godzin pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń,
  - e) wartość płatnego zwolnienia od udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - f) **załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 21 dni od złożenia rachunku/ faktury przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr .....
4. Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.

5. Za opóźnienia w wypłacie należności **Przyjmujący zamówienie** może naliczyć odsetki w umownej wysokości połowy wysokości odsetek ustawowych w przypadku nie przekazania środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia; a w pozostałych przypadkach w wysokości odsetek ustawowych.
6. Strony ustalają renegotiacje warunków płacowych jeden raz w roku w trakcie obowiązywania umowy, nie wcześniej niż po zawarciu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na kolejny rok działalności.

### **Okres obowiązywania umowy**

#### **§ 10**

Umowę zawarto na czas określony **od dnia ....r. do dnia ....r.**

### **Tryb i zasady rozwiązywania umowy**

#### **§ 11**

1. **Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
  - a) **Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
  - b) w wyniku kontroli wykonywania umowy i innych działań uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u **Przyjmującego zamówienie** niewypełnienie warunków umowy, wadliwe jej wykonanie, ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie zakresu lub złą jakość świadczeń,
  - c) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 5 umowy,
  - d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 16,
  - e) **Przyjmujący zamówienie** nie udokumentuje w ciągu 30 dni od daty podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 1 pkt 3,
  - f) zastosowania aresztu tymczasowego powyżej jednego miesiąca wobec **Przyjmującego zamówienie**,
  - g) podejmowania czynności w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających przy odmowie poddania się wykonaniu badań diagnostycznych,
  - h) w innym celu niż wykonywanie usług objętych zakresem niniejszej umowy,
  - i) utraty przez **Przyjmującego zamówienie** prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia w prawie wykonywania zawodu przez organ uprawniony do tego typu działań,
  - j) zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wyklucza możliwość kontynuowania umowy,
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia liczonego od dnia złożenia stosownego oświadczenia woli.
3. Umowa wygasa w przypadku:
  - a) likwidacji **Udzielającego zamówienia**,
  - b) wygaśnięcia umowy zawartej pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a Narodowym Funduszem Zdrowia i nie podpisania przez NFZ kolejnej umowy, śmierci **Przyjmującego zamówienie**.

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 12**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.



### § 13

Do niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy: ustawy Kodeks cywilny, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz inne ogólnie obowiązujące.

### § 14

1. Strony ustalają, że wszelkie spory, które wynikną z niniejszej umowy postarają się rozstrzygnąć na drodze polubownej.
2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia wymienionego w pkt 1 każda ze stron ma prawo odwołać się do właściwego sądu powszechnego.

### § 15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** i dwa egzemplarze dla **Udzielającego zamówienia**.

.....  
Przyjmujący zamówienie

.....  
Udzielający zamówienia



**Załącznik nr 1 do umowy**

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
LEKARZA SPECJALISTY ODDZIAŁU ZABIEGOWEGO I KIEROWANIA ODDZIAŁEM  
SZPITALA (ZAKRES CZYNNOŚCI)**

**1. Lekarz kierujący oddziałem zapewnia:**

**a) w oddziale zabiegowym:**

- codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
- przeprowadzanie wywiadów z pacjentami,
- badanie pacjenta,
- stawianie diagnozy,
- zalecanie badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych współpracującym lekarzom i pielęgniarkom,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
- wykonywanie zabieg operacyjnych,
- nadzorowanie pracy i zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych przez asystentów młodszych asystentów, lekarzy stażystów w zakresie określonym procedurą oddziału,
- bieżące ocenianie:
  - stanu pacjentów,
  - postępów w leczeniu,
  - wyników badań,
- stała weryfikacja wstępnej diagnozy i leczenia,
- wnioskowanie o zakończeniu hospitalizacji pacjenta do ordynatora,
- zastępowanie ordynatora/kierującego oddziałem w czasie jego nieobecności w oddziale:
  - o zarządzanie/kierowanie oddziałem i kierowanie procesem diagnostyczno-leczniczym,
  - o zapewnienie odpowiedniej jakości usług na poziomie obowiązującego standardu lub stosownie do możliwości Szpitala (funkcja lidera procesów w systemie zarządzania jakością),
  - o kierowanie procesem diagnostyczno-leczniczym u pacjentów oddziału,
  - o stwarzanie warunków do przestrzegania praw pacjenta,
  - o przedkładanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa potrzeb oddziału,
  - o organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i zarządzaniem oddziałem,
  - o zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
  - o prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług oddziału,
  - o nadzorowanie w oddziale przebiegu szkolenia lekarzy stażystów,
  - o nadzorowanie prowadzonej dokumentacji związanej z funkcjonowaniem oddziału,
  - o przedkładanie do zaopiniowania przez Dział Ekonomiczny wszystkich decyzji mających skutki ekonomiczne (dot. zatrudnienia, zakupów itp.)
  - o organizowanie i prowadzenie kształcenia personelu lekarskiego, rozpatrywanie skarg i wniosków;
- pełnienie dyżurów,
- udział w badaniach sekcyjnych,
- szkolenia lekarzy i personelu średniego w zakresie diagnostyki i leczenia prowadzonego oddziału,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu - zawartych w ISO, w systemie papierowym i informatycznym (a w szczególności samodzielnego rejestrowania pacjentów),
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,

- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
  - zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
  - aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
  - udział w komisjach: zgodnie z regulaminem organizacji,
  - monitorowanie przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ,
  - współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem;
- b) w poradni specjalistycznej:**
- przeprowadzanie wywiadów z pacjentami,
  - badania pacjenta,
  - stawianie diagnozy,
  - zalecania badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
  - wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
  - ocenianie postępów w leczeniu, wyników badań,
  - prowadzenie orzecznictwa lekarskiego,
  - prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu. – zawartych w ISO, w systemie papierowym i informatycznym,
  - systematyczne samokształcenie,
  - uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
  - przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
  - monitorowanie przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ
  - zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
  - aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
  - wydawanie zaleceń leczniczych personelowi przychodni,
  - monitorowanie i przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ,
  - współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.

## **2. Lekarz kierujący oddziałem jest odpowiedzialny za:**

- racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków oddziału,
- podjęte decyzje dotyczące procesu diagnostyczno-leczniczego,
- dobór personelu lekarskiego oraz pielęgniarki oddziałowej,
- za bezpieczeństwo pracy podległego personelu i bezpieczeństwo pacjenta,
- za współpracę z podmiotami wewnętrznymi i zewnętrznymi:
  - Konsultant wojewódzki d/s danej specjalizacji,
  - inne placówki służby zdrowia,
  - rodzina pacjenta.

## **WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNEGO ODDZIAŁÓW SZPITALA – POZOSTAWIANIE W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (ZAKRES CZYNNOŚCI)**

- rozpoczynać i kończyć dyżur o godzinie 7.30 lud 15.00 na raporcie dyżurnym – raport może być złożony telefonicznie u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- zakończyć dyżur po rozpoczęciu pracy lekarskiej w oddziałach, a w dniu ustawowo wolnym od pracy – po zgłoszeniu się następcy, któremu Lekarz dyżurny oddziałów powinien przekazać informację, z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych,
- zaznajomić się ze stanem chorych leczonych w oddziale,

- przebywać w szpitalu przez cały czas trwania dyżuru, powiadamiać Pielęgniarkę Izby Przyjęć o miejscu pobytu na terenie szpitala,
- dokładnie zbadać każdego chorego skierowanego do leczenia przez Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy niezbędnych środków rozpoznania włączyć racjonalne leczenie,
- na prośbę Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub Lekarza dyżurnego pozostałych oddziałów przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego,
- wykonywać obchody lekarskie w godzinach popołudniowych i wieczornych,
- prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych hospitalizowanych w oddziałach,
- prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne przyjętego do oddziału pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w oddziale,
- stosować się do wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- w przypadkach szczególnych zasięgnąć opinii na temat dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego w Instytucie Toksykologii,
- w przypadkach wątpliwych jeżeli istnieją trudności w diagnozowaniu lub w postępowaniu leczniczym zasięgnąć telefonicznie opinii Ordynatora lub wezwać go na radę,
- jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta leczonego w oddziale rozpocząć reanimację, wezwać do pomocy Lekarza anesteziologa oraz zawiadomić Koordynatora ZLD i jeśli tego wymaga stan chorego przenieść go do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej,
- prowadzić dokładną dokumentację zarówno chorych przyjętych w czasie dyżuru, pacjentów wcześniej hospitalizowanych, których stan zdrowia uległ pogorszeniu jak i chorych, którzy zmarli w czasie pełnionego dyżuru,
- zawiadomić Koordynatora ZLD o zgonie pacjenta w oddziale,
- udokumentować w historii choroby okoliczności, czas zgonu jak i jego potwierdzenie po dwóch godzinach,
- przez Pielęgniarkę Izby Przyjęć powiadomić rodzinę zmarłego pacjenta,
- nadzorować pracę średniego i niższego personelu oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych,
- udawać się niezwłocznie na wezwania personelu pomocniczo-lekarskiego do chorych wymagających pomocy,
- w sytuacjach szczególnych na polecenie Koordynatora ZLD udzielić pomocy chorym leczonym w innych oddziałach,
- po uzgodnieniu z Lekarzem Koordynatorem ZLD zastąpić Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (konsultacja pacjenta w innej placówce medycznej),
- udzielić w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,
- powiadomić policję w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić:
  - w godz. 7<sup>30</sup> - 15<sup>00</sup> specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269,
  - w godz. 15<sup>00</sup> - 7<sup>30</sup> Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59.

.....  
data, podpis

**Załącznik nr 2 do umowy**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
m-c rok

Dzień miesiąca	Ilość wyk.procedur-operator	Ilość wyk.procedur-asysta	Ilość wyk.konsultacji	Ilość wyk.Punktów (poradnia)	Ilość godzin – poz. w gotowości
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Data .....

Potwierdzam zgodność danych . W/w wykonał świadczenia zdrowotne zgodnie z zakresem umowy.

Podpis Ordynatora/Kierownika

.....  
Nazwa oferenta

.....  
adres oferenta

.....  
telefon oferenta

**Wojewódzki Szpital Dziecięcy  
im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy  
ul. Chodkiewicza 44  
85-667 Bydgoszcz**

**Oferta**

Nawiązując do ogłoszenia w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....

.....  
.....

.....Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego oferuję:

1. Kwotę należności:

- a) Ryczałt kierowniczy ..... zł. (słownie ..... zł.)
- b) Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii w Oddziale Neurochirurgii Dziecięcej .....  
.....  
.....  
.....  
(słownie .....)
- c) Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii w Poradni Neurochirurgii Dziecięcej ..... zł. (słownie ..... zł.)  
.....
- d) Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii ..... zł. (słownie ..... zł.)
- e) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji pilnych z zakresu neurochirurgii ..... zł. (słownie ..... zł.)

2. Proponuję czas trwania umowy od .....r. do .....r.

Oświadczam, że:

- 1. zapoznałem/łam się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje i środki do przygotowania oferty,
- 2. uważam się za związanego/ą ofertą w czasie 30 dni od daty upływu terminu do składania ofert,
- 3. akceptuję załączony projekt umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jego bezwarunkowego podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....  
miejsce, data

.....  
podpis oferenta

Załączam:

- a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
- b) kopię prawa wykonywania zawodu,
- a) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL,
- b) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>),
- c) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- d) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,
- e) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
- f) certyfikat z ochrony radiologicznej pacjenta,
- g) podpisany formularz oferty stanowiącego załącznik nr 2,
- h) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiącego załącznik nr 3,
- i) oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 4,
- j) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
  - aktualny odpis z właściwego rejestru,
  - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
  - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **udzielam/nie udzielam**\* świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

---

\* niepotrzebne skreślić





.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, zostałam/em zaszczepiony pełnym cyklem szczepień przeciw WZW typu B.  
Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zabezpieczeniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, nr 234 poz. 1570).

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam certyfikat podpisu PUE-ZUS lub podpis kwalifikowany lub podpis zaufany\*.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

---

\* niepotrzebne skreślić