

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W
ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU DZIECIĘCYM IM. J. BUDZIŃSKIEGO 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 ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach POZ w zakresie:

1. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej.
2. Wyjazdowej opieki lekarskiej.
3. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala.

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 18.08.2022. do 30.04.2024r.

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest:

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

II. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą usługodawcy, którzy spełniają następujące warunki:
 - a) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej (lekarze interniści lub medycyny rodzinnej) adekwatnie do aktualnego stanu zapotrzebowania, w odniesieniu do zachorowalności pacjentów – lekarze posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu;
 - b) **Udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej**
 - c) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala – lekarze posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu.
 - d) Udzielanie świadczeń na podstawie wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.
2. Oferta **musi** zawierać następujące dokumenty:
 - a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
 - b) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
 - c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL, OIPiP
 - 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 i pielęgniarki,
 - g) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
 - h) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
 - i) 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,
 - j) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
 - k) 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.

UWAGA

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (**KAŻDA STRONA DOKUMENTU**) PRZEZ OFERENTA.

III. 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 17.08.2022r. do godz.12:30.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**”, na kopercie musi być umieszczone nazwisko i adres oferenta.
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 17.08.2022r. godz. 13:00.**
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.

IV. KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Kwota należności za realizację zamówienia.

V. 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. z 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

Bydgoszcz, dnia

.....

Podpis

Załącznik nr 1 do SIWZ

**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 2013 poz. 217) 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 zamieszkałą/-ym,
Zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,
o następującej treści:

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz pozostawanie w gotowości do udzielania tych świadczeń. **Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami w komórkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 2.
2. Miejscem udzielania w/w świadczeń opieki zdrowotnej są:
 - a) wchodząca w strukturę WSD Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedziba lub inne miejsce spełniające warunki udzielania świadczeń wskazane przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, przy czym miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego jest

§2

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy lub umowy zawarte przez lekarzy udzielających świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** nie utrudnią udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również nie obniżą jakości udzielonych świadczeń objętych niniejszą umową.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

§3

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych

w § 1 ust. 1, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV. Minimalna kwota ubezpieczenia w zakresie udzielonego zamówienia musi być zgodna 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),

b) dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,

c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

§4

Świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w imieniu **Przyjmującego zamówienie** udzielać będą osoby, które świadczą usługi na rzecz innych podmiotów w ramach prowadzonej działalności i wymienione w **załączniku nr 1** stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§5

Osobą upoważnioną w imieniu **Udzielającego zamówienia** do kontaktów z **Przyjmującym zamówienie** jest Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inna upoważniona przez niego osoba.

§6

1. Świadczenia objęte umową będą udzielane:

a) w formie dyżuru stacjonarnego i wyjazdowego:

- od poniedziałku do piątku w godz. od 18:00 do 08:00 dnia następnego.
- w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 08:00 do 08:00 dnia następnego.

§7

Harmonogram dyżurów ustala koordynator po akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§8

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe i pomieszczenia przeznaczone do wyczekiwania dla zespołów wyjazdowych spełniają warunki sanitarno-epidemiologiczne stawiane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w tym zakresie.

§9

Spory kompetencyjne wynikłe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy **Przyjmującym zamówienie**, a innymi osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych będą rozstrzygane przez przedstawicieli obu stron przy udziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

OBOWIĄZKI I PRAWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

§10

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu:
 - a) wchodzącej w strukturę WSD Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedzibie lub innym miejscu udzielania świadczeń spełniającym warunki udzielania świadczeń wskazanym przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

§ 11

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** swobodny dostęp do pełnej dokumentacji pacjentów, będącej własnością WSD.
2. **Przyjmujący zamówienie** zastrzega sobie prawo do sporządzenia kopii dokumentów takich jak: karty konsultacyjne, raporty z dyżurów oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem

świadczeń zdrowotnych. Udostępnianie i przechowywanie kopii w/w dokumentów odbywa się na zasadach ogólnych obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

3. Sporządzanie kopii dokumentów na potrzeby **Przyjmującego zamówienie** odbywać się będzie na jego koszt.

§12

Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz wykorzystywaniu swoich kwalifikacji zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
2. dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
3. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
4. posiadania i przedłożenia **Udzielającemu zamówienia** aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń objętych umową,
5. znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
 - c) statutu i regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących u **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,
6. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych,
7. przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych,
8. przestrzegania przepisów BHP i PPOŻ obowiązujących w WSD oraz posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia o szkoleniach z tego zakresu
9. dbania o mienie WSD ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
10. 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) 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,
11. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy **Udzielającego zamówienia** z NFZ, na zasadach określonych w ustawie,
12. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**,
13. zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową,
14. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm,
15. **Przyjmujący zamówienie** pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytych stanie.
16. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**.

OBOWIAZKI I PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

§13

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do:

- a) terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne, oraz w ramach ambulatoryjnej opieki POZN dla dzieci w miejscu udzielania świadczeń na terenie WSD,
- b) zapewnienia nieodpłatnego korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych w zakresie niezbędnych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,
- c) zapewnienia nieodpłatnego ciągłego wykonywania badań diagnostycznych niezbędnych w obowiązujących procedurach medycznych,
- d) zapewnienia nieodpłatnie druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
- e) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych WSD, nieodpłatnego konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym,
- g) utrzymania w odpowiednim stanie sanitarnym pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, pomieszczeń socjalnych oraz zapewnienia odpowiedniego stanu sanitarnego sprzętu i środków medycznych.

ZASADY USTALANIA I TERMINY ZAPŁATY ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

§14

1. Za świadczone usługi **Przyjmujący Zamówienie** będzie otrzymywał należność w wysokości:

a) Ambulatoryjna Opieka Lekarska:

- 1) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 2) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

b) Wyjazdowa Opieka Lekarska:

- 1) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 2) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

c) Lekarz koordynujący:

- 1) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 2) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

d) Pojedynczy dyżur (solo, 2-funkcyjny tj. przyjmowanie zarówno dzieci jak i dorosłych) w Szpitalu Miejskim i w filii Fundacji przy ul. Witkiewicza 1:

- 1) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 2) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h.

(Lekarz na dyżurze "solo" doraźnej NiŚOZ zobowiązany jest do konsultacji dziecka od 1 r.ż. w sytuacji, kiedy dziecko nie może czekać na konsultację do swojego pediatry POZ do dnia następnego. W sytuacji wątpliwości co do leczenia dziecka, zawsze można poinformować pacjenta o możliwości przeprowadzenia konsultacji (z ostrożności) i warunkowo, w razie konieczności odesłać do dyżurującego lekarza pediatry w innym punkcie w NiŚOZ/NPL. Ważne, żeby jednak dziecko było obejrzone, a nie od razu odsyłane. nie ma prawnego wymogu, że w NPL ma przyjmować pediatra. W NPL może pracować każdy lekarz z PWZ).

e) Dyżur pediatryczny w Szpitalu Dziecięcym:

- 1) samodzielny w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 2) z lekarzem towarzyszącym w soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h
- 3) samodzielny w soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po .. zł./h

f) Stawki dyżurowe w dni świąteczne oraz ustawowo wolne od pracy wzrastają o ... zł tj.: Wigilia, Boże Narodzenie, Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc.

g) Gratyfikacja w postaci ... złotych brutto dodatkowo do faktury dla Lekarza, pod warunkiem, że w danym miesiącu rozliczeniowym obejmie min. 48 godzin dyżurowych w weekendy, święta i dni ustawowo wolne od pracy oraz 56 godzin dyżurowych w dni powszednie.

2. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

3. **Przyjmujący zamówienie** wystawia rachunek/fakturę, który należy doręczyć do Sekcji Finansowo-Księgowej WSD nie wcześniej niż 1-wszego i nie później niż 5-tego dnia po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego. Prawidłowo wystawiony rachunek/faktura po zatwierdzeniu przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa jest podstawą do wypłaty wynagrodzenia w terminie 21 dni od dnia doręczenia rachunku/faktury przelewem na konto Przyjmującego zamówienie o numerze W
4. Nieprawidłowo wystawiony rachunek/fakturę **Udzielający zamówienia** zwraca **Przyjmującemu zamówienie** w terminie 2 dni od dnia jego doręczenia.
5. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa ust. 3, do 30 dni za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.
6. **Przyjmujący zamówienie** osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. W przypadku nie zachowania terminów wypłaty określonych w niniejszej umowie **Przyjmujący zamówienie** może obciążyć **Udzielającego zamówienia** odsetkami ustawowymi.
8. Strony ustalają negocjacje warunków płacowych w trakcie obowiązywania umowy, w związku ze zmianą ryczałtu po zawarciu umowy lub aneksowaniu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY

§15

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony odr. dor.
2. Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:
 - a) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym terminie,
 - b) za uprzednim 1-miesięcznym wypowiedzeniem w przypadku:
 - wypowiedzenia umowy przez NFZ,
 - ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
 - nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
 - uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów;
 - c) na piśmie ze skutkiem natychmiastowym z powodu:
 - rażącego naruszenia obowiązujących w WSD przepisów,
 - nie doręczenia przez **Przyjmującego zamówienie** w ciągu 14 dni od podpisania niniejszej umowy kopii polisy ubezpieczenia OC lub nie dostarczenia kopii nowej polisy tego ubezpieczenia w przypadku upływu terminu obowiązywania poprzedniej polisy.

KONTROLA

§16

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**, osób przez niego upoważnionych 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) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**.
2. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.

§17

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez osobę udzielającą świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** (zaniechanie, niedbalstwo, wina umyślna itp.), **Udzielający zamówienie** może wymierzyć karę umowną w wysokości do 20 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie.

2. W przypadku ponownego, rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności, **Udzielający zamówienia** ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości do 50% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie, która udzielając świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** dopuściła się ponownego naruszenia obowiązków.
3. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w pierwszym terminie płatności.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ

§18

Udzielający zamówienia i realizujący świadczenia zdrowotne w imieniu **Przyjmującego zamówienie** lekarze i pielęgniarki wymienieni w § 4 ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§19

Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach **Udzielającego zamówienia**, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§20

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§21

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy powołane na wstępie umowy.

§22

Spory wynikające z niniejszej umowy Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo sąd.

§22

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

**LISTA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

.....
Nazwa oferenta

.....
adres oferenta

.....
telefon oferenta

**Wojewódzki Szpital Dziecięcy
ul. Chodkiewicza 44
85-667 Bydgoszcz**

Oferta

Nawiązując do ogłoszenia w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach POZ w zakresie:

h) Ambulatoryjna Opieka Lekarska:

3) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

4) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

i) Wyjazdowa Opieka Lekarska:

3) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

4) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

j) Lekarz koordynujący:

3) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

4) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

k) Pojedynczy dyżur (solo, 2-funkcyjny tj. przyjmowanie zarówno dzieci jak i dorosłych) w Szpitalu Miejskim i w filii Fundacji przy ul. Witkiewicza 1:

3) w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

4) soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h.

(Lekarz na dyżurze "solo" doraźnej NiŚOZ zobowiązany jest do konsultacji dziecka od 1 r.ż. w sytuacji, kiedy dziecko nie może czekać na konsultację do swojego pediatry POZ do dnia następnego. W sytuacji wątpliwości co do leczenia dziecka, zawsze można poinformować pacjenta o możliwości przeprowadzenia konsultacji (z ostrożności) i warunkowo, w razie konieczności odesłać do dyżurującego lekarza pediatry w innym punkcie w NiŚOZ/NPL. Ważne, żeby jednak dziecko było obejrzone, a nie od razu odsyłane. nie ma prawnego wymogu, że w NPL ma przyjmować pediatra. W NPL może pracować każdy lekarz z PWZ).

l) Dyżur pediatryczny w Szpitalu Dziecięcym:

4) samodzielny w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

5) z lekarzem towarzyszącym w soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego ... zł./h

6) samodzielny w soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego po ... zł./h

m) Stawki dyżurowe w dni świąteczne oraz ustawowo wolne od pracy wzrastają o 10,00 zł tj.: Wigilia, Boże Narodzenie, Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc.

a. Gratyfikacja w postaci ... złotych brutto dodatkowo do faktury dla Lekarza, pod warunkiem, że w danym miesiącu rozliczeniowym obejmie min. 48 godzin dyżurowych w weekendy, święta i dni ustawowo wolne od pracy oraz 56 godzin dyżurowych w dni powszednie.

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

5. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

6. Proponuję czas trwania umowy odr. dor.

.....
miejscowość, 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, pielęgniarki,
- e) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
- f) podpisany formularz oferty stanowiącego załącznik nr 2,
- g) 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,
- h) oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 4,
- i) 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.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a* 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, iż moim nr konta na który należy dokonywać wpłat z tytułu umowy
cywilno – prawnej jest
w banku

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis