

**WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**(Skała-Minoga)**

**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Skale**

Na podstawie art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej* (tj.: Dz. U. z 2023 r., poz. 991) ogłasza konkurs ofert na udzielanie **świadczeń zdrowotnych lekarza POZ w jednostce organizacyjnej SPZOZ w Skale - Przychodni Rejonowej w Skale oraz Ośrodka Zdrowia w Minodze** (zwanym dalej Udzielającym zamówienia).

**I. Przedmiot konkursu ofert**

1. Zakres i warunki ogólne:

- 1) Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza POZ w Przychodni Rejonowej w Skale oraz w Ośrodku Zdrowia w Minodze** zwanych dalej „świadczeniami zdrowotnymi”, z uwzględnieniem następujących zakresów udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - Zakres I – udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ codziennie od poniedziałku do piątku i tworzenie listy aktywnej pacjentów - praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00,
  - Zakres II – udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ w wybranych dniach od poniedziałku do piątku, praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00,
- 2) Oferent może złożyć jedną ofertę na jeden zakres spośród wskazanych w pkt 1 ust.1.
- 3) W związku z art. 50a *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, do konkursu ofert nie mogą przystąpić lekarze wykonujący działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska.
- 4) Zamawiający – ze względu na charakter i organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - dopuszcza do udziału w konkursie wyłącznie Oferentów, którzy prowadzą działalność leczniczą w formie wskazanej w art.5 ust.2 pkt 1 ppkt a *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*, przy czym Oferent na dzień podpisania umowy nie może pozostawać z SPZOZ w Skale w stosunku pracy, w ramach którego wykonuje obowiązki pracownicze tożsame z obowiązkami Oferenta wskazanymi w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert.
- 5) Szczegółowe zasady organizacyjne dotyczące pracy Poradni lekarza POZ opisane są w Regulaminie Organizacyjnym SPZOZ w Skale. Oferent zobowiązuje się do przestrzegania powyższych zasad w przypadku zawarcia umowy na realizację przedmiotu zamówienia.

- 6) Oferent zobowiązuje się do stosowania wewnętrznych zasad systemów zarządzania jakością i środowiskiem obowiązujących u Udzielającego zamówienie aktualnie oraz wprowadzanych w przyszłości.

2. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Oferent zobowiązany będzie do:

- 1) świadczenia usług konsultacji lekarskich w zakresie Poradni lekarza POZ, w tym wizyt domowych,
- 2) wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych w zakresie Poradni lekarza POZ,
- 3) wykonywania innych czynności medycznych we wszystkich przypadkach wymagających interwencji lekarskiej, przy czym czynności te powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- 4) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

3. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2022, poz. 2561), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1545 ), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. 2023, poz. 1427) oraz Zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna z późniejszymi zmianami.*

4. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Przychodni Rejonowej w Skale przy ul. Słomnickiej 69, 32-043 Skala, w Ośrodku Zdrowia w Minodze - Minoga 5, 32-046 Minoga oraz w uzasadnionych przypadkach – w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

5. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez Oferenta:

- 1) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,
- 2) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu,
- 3) odzież i obuwie ochronne.

6. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez SPZOZ w Skale:

W celu realizacji przedmiotu konkursu SPZOZ w Skale zapewni:

- 1) obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego, zgodnie z właściwymi przepisami prawa,

- 2) sprzęt i aparaturę medyczną,
- 3) obsługę administracyjną i gospodarczą,
- 4) niezbędne materiały medyczne i produkty lecznicze,
- 5) pomieszczenia wraz z wyposażeniem w środki łączności oraz materiały biurowe,
- 6) dostęp do zasobów sieci wewnętrznej SPZOZ w Skale,
- 7) przydzielenie uprawnień w systemie mMedica.

## II. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert

1. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych: **1.01.2024 r. – 31.12.2027 r.**
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **1.01.2024 r.**
3. Dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia zdrowotne:

Świadczenia zdrowotne będą realizowane zgodnie z harmonogramem pracy lekarzy ustalanych indywidualnie z Udzielającym Zamówienia.

## III. Informacje ogólne

1. Wyjaśnienia dotyczące Warunków Konkursu Ofert (WKO) udzielane będą przez Udzielającego zamówienia na podstawie pisemnego wniosku otrzymanego od Oferenta.
2. W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
3. Oferenci mogą składać pytania dotyczące konkursu ofert do dnia **19 grudnia 2023 roku** do godziny 9:00 na adres mailowy: [biuro@przychodnia-skala.pl](mailto:biuro@przychodnia-skala.pl).
4. Odpowiedzi na pytania skierowane przez Oferentów do Udzielającego zamówienia dotyczące konkursu ofert, Udzielający zamówienia będzie zamieszczał na swojej stronie internetowej: [www.przychodnia-skala.pl](http://www.przychodnia-skala.pl).
5. Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone interna stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.przychodnia-skala.pl](http://www.przychodnia-skala.pl).
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.
8. Warunki Konkursu Ofert wraz z załącznikami (w tym projektem umowy) są dostępne w Dziale Administracyjno-Księgowym I piętro, pok.15 w godzinach: 08:00-15:00, bądź ww. dokumenty można pobrać ze strony internetowej SPZOZ w Skale: [www.przychodnia-skala.pl](http://www.przychodnia-skala.pl).

## IV. Przygotowanie oferty

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie oferty w formie pisemnej zgodnie z pobranymi materiałami konkursowymi.
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia.

3. Wszystkie dokumenty tworzące ofertę powinny być ponumerowane i podpisane przez osobę upoważnioną.
4. Ofertę składa się w miejscu i czasie określonym w Warunkach Konkursu Ofert.
5. Konkurs ofert jest ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki konkursu ofert.

#### V. Wskazanie dokumentów, które powinna zawierać Oferta

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz oferty podpisany przez Oferenta – załącznik nr 1 do WKO.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do WKO.
3. Oświadczenie Oferenta o braku przeszkód do zawarcia umowy - załącznik nr 3 do WKO.
4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru.
5. Paraflowany projekt umowy stanowiący załącznik nr 4 do WKO.
6. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie o przekazaniu Udzielającemu zamówienie polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO.
7. Dyplom ukończenia studiów.
8. Prawo wykonywania zawodu.
9. Dokument poświadczający posiadanie przez Oferenta kwalifikacji wymaganych w danym zakresie - zgodnie z załącznikiem nr 5 do WKO, a w przypadku posiadania innych, dodatkowych specjalizacji – dokumenty poświadczające tą okoliczność.
10. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu lub Oświadczenie oferenta o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu.
11. UWAGA: Jeżeli Oferent współpracował w ostatnich 3 latach z SPZOZ w Skale na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, a dokumenty wskazane w ppkt 4,6,7,8 i 9 znajdują się już w posiadaniu SPZOZ w Skale – Oferent nie jest zobowiązany dołączać tych dokumentów do oferty. W tym zakresie Oferent składa oświadczenie zawarte w pkt 11 Formularza Ofertowego.

## VI. Kryterium i sposób oceny ofert:

### Kryterium i sposób oceny ofert – w zakresach I i II:

Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się: kryterium ceny brutto za jedną godzinę pracy - **80% wagi**, ceny brutto za wykonanie porady kompleksowej wraz z wystawieniem IPOM - **20% wagi**.

#### Kryterium I: Cena 1 godziny udzielania świadczeń – waga 80%,

Sposób oceny Kryterium I:

$$\text{Cena (C)} = \frac{C_{\min \text{ 1 godz. pracy}}}{C_{\text{bad 1 godz. pracy}}} \times 100\text{pkt} * 80\% , \text{ gdzie:}$$

$C_{\min}$  = najniższa oferowana cena 1 godziny udzielania świadczeń w ocenianych ofertach

$C_{\text{bad}}$  = cena 1 godziny udzielania świadczeń przedstawiona w ofercie badanej

#### Kryterium II: Cena wykonania porady kompleksowej wraz z wystawieniem IPOM – waga 20%,

Sposób oceny Kryterium II:

$$\text{Cena (C)} = \frac{C_{\min \text{ IPOM}}}{C_{\text{bad. IPOM}}} \times 100\text{pkt} * 20\% , \text{ gdzie:}$$

$C_{\min}$  = najniższa oferowana cena wykonania porady kompleksowej **wraz z** wystawieniem IPOM w ocenianych ofertach

$C_{\text{bad}}$  = cena wykonania porady kompleksowej **wraz z** wystawieniem IPOM przedstawiona w ofercie badanej

1. Ilość punktów uzyskana przez Oferenta zostanie obliczona z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.
2. Udzielający zamówienia ustali dla każdego z zakresów listę rankingową złożonych ofert, a umowa zostanie podpisana z Oferentami, którzy złożyli kolejne najkorzystniejsze oferty w danym zakresie. Ilość ofert zakwalifikowanych do podpisania umowy będzie wynikała z przewidywanego zapotrzebowania Udzielającego zamówienia zgodnie z załącznikiem nr 5 i ogłoszonej przez Oferentów dostępności.

## VII. Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie z napisem: „Konkurs – lekarz POZ (Skała-Minoga)” oraz oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta, w Dziale Administracyjno-Księgowym pok. 15, do dnia **20 grudnia 2023 roku do godz. 09:30**.

## VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie SPZOZ w Skale, dnia 20 grudnia 2023 roku o godz. 10:00.

## IX. Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami oraz udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z konkursem ofert:

- w sprawach merytorycznych: lek. Izabella Barczyk – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
- w sprawach formalnych: Katarzyna Rojek, tel. (12) 389 00 56 w godz. 08:00-15:00.

## X. Konkurs ofert zostanie rozstrzygnięty w siedzibie SPZOZ w Skale w ciągu 7 dni od upływu terminu składania ofert.

## XI. Środki odwoławcze

1. Umotywowane protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert należy składać w formie pisemnej w siedzibie Udzielającego zamówienia - zgodnie z *ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.
2. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
3. Oferent może złożyć do kierownika Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
4. W okresie od wniesienia do rozpatrzenia odwołania Udzielający zamówienia nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnej.
5. W przypadku uwzględnienia odwołania, konieczne jest powtórzenie konkursu ofert.

.....  
W imieniu Udzielającego zamówienia

14.12.2023 r.

.....  
data

**FORMULARZ OFERTY**

1. Imię i nazwisko Oferenta:

.....

2. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą:

.....

3. Adres Oferenta:

.....

4. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

.....

5. NIP: .....

6. REGON: .....

7. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta:

.....

8. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

.....

9. Cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń, cena brutto za wykonanie porady kompleksowej oraz deklarowana dostępność:

Zakres udzielania świadczeń zdrowotnych	Deklarowana dostępność (liczba godzin w tygodniu) / miejsce udzielania świadczeń	Cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Cena brutto za wykonanie porady kompleksowej (wystawienie IPOM)
Zakres I udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ codziennie od poniedziałku do piątku i tworzenie listy aktywnej pacjentów - praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00	.....godz./ tyg. – Przychodnia Rejonowa w Skale	..... zł brutto (słownie: ..... ..... .....)	..... zł brutto (słownie: ..... ..... .....)

Zakres II udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ w wybranych dniach od poniedziałku do piątku, praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00	.....godz./ tyg. – Ośrodek Zdrowia w Minodze	..... zł brutto (słownie: ..... ..... .....) 	..... zł brutto (słownie: ..... ..... .....) 
--	--	---	---

10. Numer rachunku bankowego Oferenta, na który Udzielający zamówienia będzie dokonywał zapłaty wynagrodzenia, w przypadku wyboru oferty złożonej przez Oferenta oraz podpisania umowy na świadczenia zdrowotne:
11. Oferent oświadcza, że dokumenty wskazane w WKO pkt V ppkt 4,6,7,8 i 9 znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia w związku z realizacją przeze mnie umowy nr ..... z dnia .....

.....

data i podpis Oferenta

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że posiadam wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza POZ, zgodnie z wymogami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (tj. Dz.U. 2023, poz. 1427) oraz *Zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna z późniejszymi zmianami*.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 4 powyżej na okres: 1.01.2024r. – 31.12.2027 r.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.
9. Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 5 powyżej oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię polisy OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie\*.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.....

data i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2022 r., poz. 2561)*, uniemożliwiająca realizację umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza POZ.

.....

data i podpis Oferenta

**UMOWA NR ....K/20...**  
**o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

zawarta w Skale, w dniu ..... r. pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Skale**, ul. Słomnicka 69, 32-043 Skała, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej pod numerem 1200865, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Krakowa Śródmieścia w Krakowie, Wydział XI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego i wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych organizacji społecznych i zawodowych, Fundacji, Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000014082, reprezentowanym przez Dyrektora – **Marzenę Grochowską**, zwanym w dalszej treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”,

a **lek. med.** ....., posiadającą prawo wykonywania zawodu nr ....., zam....., prowadzącą/ym indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie pod ....., zwanym w dalszej treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

Na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego w sprawie udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lekarza POZ, zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* oraz *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Strony zawierają umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju **podstawowa opieka zdrowotna** w zakresie świadczeń lekarza POZ na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
  - a) świadczenia usług konsultacji lekarskich w zakresie Poradni lekarza POZ,
  - b) wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych w zakresie Poradni lekarza POZ,
  - c) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
3. Świadczenia te udzielane będą wyłącznie na rzecz pacjentów zarejestrowanych przez Udzielającego zamówienia w sposób zwyczajowo przyjęty u Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia zobowiązany jest dostarczać Przyjmującemu zamówienie listy zarejestrowanych pacjentów, w takim trybie, by możliwym była należyta realizacja umowy przez Przyjmującego zamówienie.
4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 niniejszej umowy, powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

**§ 2**

- 2)Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania umowy z należyłą starannością i oświadcza, że posiada wszelkie niezbędne uprawnienia i kwalifikacje do jej realizacji.
- 3)Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania umowy zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób

- zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

- 4) Przyjmujący zamówienie będzie realizował usługi określone w § 1 w sposób całkowicie samodzielny i niezależny od Udzielającego zamówienia, w szczególności co do wyboru metody terapeutycznej oraz nadzoru nad czynnościami innego personelu pozostającego w trakcie udzielania świadczeń pod nadzorem Przyjmującego zamówienie.

### § 3

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że stan jego zdrowia pozwala na wykonywanie świadczeń zdrowotnych i posiada aktualne badania lekarskie – oświadczenie Przyjmującego zamówienie lub zaświadczenie lekarza medycyny pracy stanowi załącznik nr 1 do umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów wewnętrznych, w tym w szczególności zasad udzielania świadczeń określonych w Regulaminie Organizacyjnym.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów o ochronie przeciwpożarowej.

### § 4

1. Czynności objęte umową wykonywane będą w ..... w terminach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Planowaną nieobecność Przyjmujący zamówienie jest obowiązany uzgodnić z kierownikiem Udzielającego zamówienia co najmniej 3 tygodnie wcześniej. W razie nieprzewidywalnych zdarzeń losowych dopuszcza się zgłoszenie nieobecności 1 dzień wcześniej lub najpóźniej w tym samym dniu rano.
3. Udzielający zamówienia zapewnia, że pomieszczenia, w których wykonywana będzie umowa, ich wyposażenie, sprzęt i aparatura medyczna, która wykorzystywana będzie przez Przyjmującego zamówienie, spełniają wszelkie prawem przewidziane wymogi do udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znany jest mu stan pomieszczeń oraz stan wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej, o której mowa w ustępie poprzedzającym i nie wnosi co do niego żadnych zastrzeżeń.

### § 5

5. Przy wykonywaniu umowy, Przyjmujący zamówienie może korzystać z pomocy osób zatrudnionych przez Udzielającego zamówienia.
6. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do dostarczania Przyjmującemu zamówienie wszelkich dokumentów w oryginałach lub kserokopiach, niezbędnych dla prawidłowego wykonywania umowy.

### § 6

- 1) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszej umowy.
- 2) W sytuacjach wyjątkowych możliwe jest powierzenie wykonania świadczeń zdrowotnych osobie trzeciej, jednak wyłącznie za zgodą Udzielającego zamówienia wyrażoną na piśmie, wówczas za działania lub zaniechania tej osoby oraz wyrządzone przez nią szkody, Przyjmujący zamówienie odpowiada jak za własne działania lub zaniechania.

### § 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie wykonywania umowy.
2. W przypadku naruszenia postanowień ust.1 Udzielający może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym.

### § 8

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
  - 2) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
  - 3) przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli realizacji umowy na żądanie Udzielającego zamówienia.
  3. Przyjmujący zamówienie wyraża wolę poddania się kontroli Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach określonych w *ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w zakresie wynikającym z umów zawartych pomiędzy Funduszem a Udzielającym. Zamówienia w części wymagającej zapewnienia przez Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy.
  4. Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienie rozumianej jako podejmowanie na terenie Miasta i Gminy Skąpa czynności zarobkowych na własny rachunek lub na rachunek osoby trzeciej, których zakres pokrywa się całkowicie lub częściowo z zakresem działalności Udzielającego zamówienia.

## § 9

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń określonych niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, zarówno w zakresie odpowiedzialności kontraktowej jak i odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, za szkody wyrządzone w związku z czynnościami, będącymi przedmiotem niniejszej umowy i zobowiązuje się do utrzymywania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Ubezpieczenie obejmować musi odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym HIV i WZW.
3. Strony postanawiają, że suma gwarancyjna ubezpieczenia, o którym mowa w ustępie poprzedzającym wynosić musi co najmniej 75.000,00 euro (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy euro) w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro (słownie: trzysta pięćdziesiąt tysięcy euro) w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.
4. Kopia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 2 i 3, stanowi załącznik nr 3 do umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania polisy ubezpieczeniowej przez cały okres obowiązywania umowy oraz każdorazowego przekazywania kopii Udzielającemu zamówienia po jej zawarciu.

## § 10

1. Za realizację świadczeń określonych w § 1 Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie brutto w wysokości:
  - a) ..... zł (słownie zł .....) za jedną godzinę udzielania świadczeń,
  - b) ..... zł (słownie zł .....) - za wykonanie porady kompleksowej z wystawieniem IPOM (Indywidualnego Planu Opieki Medycznej), z zastrzeżeniem, że wizyta kompleksowa z wystawieniem IPOM dla danego pacjenta nie może być realizowana częściej niż jeden raz w roku kalendarzowym- jednak nie więcej niż kwotę .....- zł (..... złotych) miesięcznie.
2. Strony umowy zastrzegają, że w przypadku, gdy Udzielający zamówienia nie otrzyma wynagrodzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia, Przyjmujący zamówienie nie nabywa prawa do wynagrodzenia z tytułu wykonanych usług aż do czasu dokonania zapłaty przez ww. podmiot.
3. W przypadku, gdy Udzielający zamówienia zobowiązany zostanie do zapłaty kary umownej z tytułu okoliczności, za które odpowiada Przyjmujący zamówienie lub do zwrotu w całości lub w części wynagrodzenia otrzymanego od NFZ, które zostało wypłacone Przyjmującemu zamówienie na zasadach określonych w tym paragrafie - Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu Udzielającemu zamówienia kwoty nałożonej kary umownej lub otrzymanego wynagrodzenia również w całości lub w części, w ciągu 7 dni od dnia wezwania go do zwrotu.

## § 11

1. Podstawą wypłaty należności jest rachunek/faktura VAT, wystawiony przez Przyjmującego zamówienie na ostatni dzień danego miesiąca i dostarczony do 7 dni po zakończeniu miesiąca.
2. Wypłata należności nastąpi na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie.
3. Należność za wykonane usługi zostanie przekazana w terminie 21 dni licząc od daty wpływu prawidłowo wystawionego rachunku/faktury VAT.
4. Za dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia

## § 12

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia .....** **do dnia .....** r.

## § 13

1. Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegocjację warunków umowy lub skrócenia jej obowiązywania.
2. Strony zgodnie ustalają, że w szczególności dopuszczalna jest zmiana umowy w zakresie miejsca, o którym mowa w par.4 ust.1 niniejszej umowy, ilości godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych w Załączniku nr 5 do Warunków Konkursu Ofert, jeżeli zmiana ta będzie wynikała z potrzeb Udzielającego zamówienia.
3. Strony zgodnie przewidują możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia, o którym mowa w § 10 ust.1 niniejszej umowy, w odniesieniu do stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym poziom zmiany stawki będzie ustalany na podstawie średniorocznego (rok do roku) wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem ogłaszanego w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.
4. Wniosek Przyjmujące zamówienie w zakresie wskazanym w ust.3 może zostać złożony nie wcześniej niż po 12 miesiącach obowiązywania niniejszej umowy.
5. Strony przewidują także możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia, o którym mowa w § 10 ust.1 niniejszej umowy, w odniesieniu do stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w drodze negocjacji - wyłącznie w sytuacji nadzwyczajnej zmiany stawek rynkowych za udzielanie tożsamego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, o ile zmiana ta będzie powodować zniżenie stawki umownej, wskazanej w § 10 ust.1, w stosunku do stawki rynkowej co najmniej o 25%. Obowiązek udowodnienia nadzwyczajnej zmiany stawki rynkowej ciąży na Przyjmującym zamówienie.

## § 14

1. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 1-miesięcznym wypowiedzeniem złożonym na piśmie.
2. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

## § 15

Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie:

- 1) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu,
- 2) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług przez Przyjmującego zamówienie, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub jest oczywiste,
- 3) nieprzekazywania w odpowiednim terminie przez Przyjmującego zamówienie, wymaganych sprawozdań i informacji,
- 4) uzasadnionych skarg pacjentów dotyczących Przyjmującego zamówienie, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
- 5) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
- 6) naruszenia przez Przyjmującego zamówienie innych istotnych postanowień niniejszej umowy,
- 7) nie przedstawienia w ciągu 14 dni od daty podpisania umowy polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

## § 16

Przyjmujący zamówienie rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

## § 17

Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## § 18

1. W sprawach nieuregulowanych umową, zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych oraz umowy z NFZ.
2. Ewentualne spory stron będzie rozstrzygać Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.

## § 19

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

### Załączniki:

Załącznik nr 1 - Oświadczenie lub zaświadczenie lekarza medycyny pracy

Załącznik nr 2 – Harmonogram udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Załącznik nr 3 – Kopia polisy ubezpieczeniowej

Załącznik nr 2 do umowy Nr ..... z dnia ..... r.

**Harmonogram udzielania świadczeń opieki zdrowotnej**

.....

Lp.	Dzień tygodnia	Godziny udzielania świadczeń
1.	Poniedziałek	-----
2.	Wtorek	.....
3.	Środa	.....
4.	Czwartek	-----
5.	Piątek	-----

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

Wymagane kwalifikacje Oferenta i zapotrzebowanie Udzielającego zamówienie (ilość godzin/tydzień).

<b>Zakres udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Kwalifikacje Oferenta</b>	<b>Zapotrzebowanie udzielającego (ilość godzin w tygodniu)</b>
<p>Zakres I</p> <p>udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ codziennie od poniedziałku do piątku i tworzenie listy aktywnej pacjentów - praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00</p>	<p>tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej</p>	<p>Przychodnia Rejonowa w Skale: 35 godzin</p>
<p>Zakres II</p> <p>udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni lekarza POZ w wybranych dniach od poniedziałku do piątku, praca w ramach uzgodnionego harmonogramu w godzinach 8.00-18.00</p>	<p>Lekarz medycyny</p>	<p>Ośrodek Zdrowia w Minodze: 3 godzin</p>