

Załącznik nr 2 do „Materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie usług pielęgniarских zapewniającą całodobową opiekę pielęgniarскую w oddziałach szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

**UMOWA Nr ...../2020**

**z dnia ..... roku**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

zawarta pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin, będącym podatnikiem VAT, posiadającym numer NIP: 665-104-26-75, numer REGON: 000311591, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000030801,

reprezentowanym przez: Krystynę Brzezińską – Dyrektora,

zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienie**” lub „**Szpitalem**”

a

spółką ....., zarejestrowaną w Rejestrze Przedsiębiorców KRS prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla ..... w ..... pod nr KRS ..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez ..... pod nr ..... (Regon ....., NIP .....),

zwaną dalej „**Przyjmującą/ym Zamówienie**”,

o następującej treści:

**§ 1  
PRZEDMIOT UMOWY**

1. Niniejsza umowa została zawarta w oparciu o wyniki konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ....., zgodnie z protokołem Komisji Konkursowej Nr ..... z dnia ..... w Postępowaniu konkursowym nr .....
2. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującą/ego Zamówienie w imieniu i na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, w zakresie usług pielęgniarstwa zapewniających całodobową opiekę pielęgniarską wykonywanych w Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, w czasie nie dłuższym niż .....godzin w miesiącu, z zastrzeżeniem §7 ust. 1. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
3. Faktyczne miejsce udzielania świadczeń, o których mowa wyżej, tj. Oddział Udzielającego Zamówienia, zostanie wskazane przez Naczelną Pielęgniarkę na podstawie zapotrzebowania na dany miesiąc zgodnie z załącznikami nr 2 i 2a. Udzielający Zamówienia składa Przyjmującej/mu Zamówienie zapotrzebowanie do 26 dnia poprzedzającego dany miesiąc.
4. Czas udzielania świadczeń określa harmonogram obowiązujący w Oddziale wskazanym przez Naczelną Pielęgniarkę jako faktyczne miejsce udzielania świadczeń.
5. Wykonywanie czynności, o których mowa w §1 ust.1 polega na osobistym udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności poprzez:
  - a) rozpoznawanie potrzeb pacjenta i problemów pielęgnacyjnych,
  - b) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem
  - c) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
  - d) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
  - e) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
  - f) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
  - g) odnotowywanie w dokumentacji medycznej wykonanych zleceń,
  - h) prowadzenie dokumentacji, zgodnie z zasadami obowiązującymi w Szpitalu,
  - i) prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej,
  - j) zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku ze świadczeniem usług zdrowotnych,
  - k) właściwej komunikacji i współpracy z pozostałym personelem medycznym w celu prawidłowego świadczenia usług medycznych zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami i procedurami.
6. Przyjmująca/y Zamówienie będzie je wykonywała/wykonywał w lokalu, przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej będących własnością Szpitala. Udzielający Zamówienia dostarcza/ będzie środki farmaceutyczne, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze niezbędne do udzielania tych świadczeń zdrowotnych.
7. Szczegółowy wykaz zadań Przyjmującej Zamówienie określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

## § 2

### ZASADY ROZLICZEŃ I ZAPŁATY

1. Za wykonane świadczenia zdrowotne określone w § 1 ust. 1 **Udzielający Zamówienia** zapłaci Przyjmującej/emu Zamówienie ..... złotych brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń.
2. Wynagrodzenie określone w ust. 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych z tytułu wykonanych świadczeń zdrowotnych, za wyjątkiem sytuacji określonych w § 7 ust. 1.
3. Przyjmująca/y Zamówienie samodzielnie dokonuje wyliczenia należności publicznoprawnych oraz dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

4. Udzielający Zamówienia dokonywać będzie zapłaty określonej w ust. 1. z dołu, w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym, na rachunek bankowy Przyjmującej/ego Zamówienie, każdorazowo wskazany na fakturze. Uchybienie terminowi określonemu w ust. 4 poprzez niezłożenie faktury, błędne jej sporządzenie lub niedostarczenie załączników 3 i 3a do 7 dni włącznie, spowoduje przesunięcie przelewu należności na konto Przyjmującego Zamówienie o liczbę dni opóźnienia w złożeniu prawidłowo wystawionej faktury, natomiast opóźnienie o ponad 7 dni spowoduje przesunięcie terminu zapłaty na kolejny miesiąc rozliczeniowy.
5. Warunkiem zapłaty w terminie ustalonym w ust. 4, jest dostarczenie przez Przyjmującą/ego Zamówienie do każdego ósmego dnia miesiąca następującego po okresie rozliczeniowym, prawidłowo sporządzonej faktury sprawdzonej pod względem merytorycznym przez Naczelną Pielęgniarkę lub podczas jej nieobecności przez osobę zastępującą zgodnie z Instrukcją Obiegu Dokumentów. Do faktury Przyjmująca/y Zamówienie dołącza potwierdzone przez pielęgniarki oddziałowe wykonania dyżurów z poszczególnych oddziałów zgodnie z załącznikiem nr 3. Wykonanie z komórek organizacyjnych nie posiadających pielęgniarki oddziałowej potwierdza kierownik tej komórki. Na podstawie załączników nr 3 Przyjmująca/y zamówienie wypełnia załącznik nr 3a, który także dołącza do faktury.
6. Jeśli ósmy dzień miesiąca wypada w sobotę lub inny dzień wolny od pracy, obowiązek złożenia dokumentów rozliczeniowych określonych w ust. 5. przypada na pierwszy dzień roboczy po tym ostatnim dniu wolnym. Za dzień złożenia dokumentów rozliczeniowych uważa się dzień wpływu faktury do kancelarii szpitala.
7. Faktura za wykonane świadczenia musi odpowiadać przepisom Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług oraz Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur. Faktura nie może być pokreślona oraz nie może nosić śladów poprawiania poprzez wymazywanie, korektorowanie itp. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wpisać na fakturze nr umowy.
8. Strony umowy zgodnie oświadczają, że wyjątkiem od ustalonych zasad zapłaty może być brak środków na sfinansowanie wykonanych świadczeń zdrowotnych z powodu ich nieterminowego dokonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, finansujący udzielane świadczenia opieki zdrowotnej przez Udzielającego Zamówienia. W takim przypadku zapłata nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od wpływu środków z Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy na rachunek Udzielającego Zamówienia.
9. Dokonanie zapłaty w terminie ustalonym w ust. 8. nie rodzi żadnych skutków prawnych jakie wiążą się z nieterminową zapłatą.
10. Za termin dokonania wpłaty przez Szpital przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.

### § 3

#### **KOORDYNACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH KONTROLA**

1. W celu prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, Szpital ustanawia ze swego ramienia Pielęgniarkę Oddziałową, a okresowo, w sytuacji jej nieobecności upoważnia do tych czynności zastępującą ją inną pielęgniarkę.
2. Zadaniem Pielęgniarki Oddziałowej jest w szczególności zapewnienie ciągłości całodobowych świadczeń zdrowotnych przez różne podmioty. W tym celu uzgadnia harmonogram świadczeń przez podmioty je wykonujące wykazując dbałość o:
  - a) optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich w stosunku do liczby pacjentów i koniecznych świadczeń zdrowotnych,

- b) przekazanie do zaakceptowania Naczelnej Pielęgniarce przygotowanego na kolejny miesiąc harmonogramu realizacji świadczeń medycznych,
  - c) optymalne wykorzystanie bazy lokalowej i sprzętowej (w tym transportowej w przypadku konieczności transportu sanitarnego pacjenta celem poddania go badaniom konsultacyjnym,
  - d) racjonalne i ekonomiczne (nie obniżając jakości świadczeń zdrowotnych) gospodarowanie środkami farmaceutycznymi, materiałami medycznymi, przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi stosując te zasady również przy zleceniu badań dodatkowych, konsultacji, transportu sanitarnego i innych związanych ze świadczeniami zdrowotnymi,
  - e) nadzór nad apteczką oddziałową oraz prawidłowością przyjmowania i rozchodowywania materiałów w systemie Eskulap,
  - f) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy pracownikom, oraz osobom udzielającym świadczeń na innej podstawie niż stosunek pracy, a także osobom prowadzącym na własny rachunek działalność gospodarczą,
  - g) właściwą współpracę między podmiotami wykonującymi zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi w oddziale, zwłaszcza w zakresie ciągłych, konsekwentnych i uzasadnionych czynności wobec pacjentów, wymiany informacji, wzajemnych konsultacji i konsyliów,
  - h) nadzór nad prawidłowym sporządzaniem i przechowywaniem dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi przez szpital,
  - i) potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych wg ustalonego harmonogramu świadczeń.
3. Pielęgniarka Oddziałowa jest zobowiązana do wykonywania postanowień niniejszej umowy w oparciu o obowiązujące przepisy dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz innych ustaw, a także zarządzenia, komunikaty i informacje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające zasady i procedury obowiązujące przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Przyjmująca/cy Zamówienie ma obowiązek poddania się kontroli, a w jej ramach: obecności przy czynnościach kontrolnych, przedkładania dokumentacji, składania wyjaśnień oraz innych obowiązków wynikających z odpowiednich przepisów prawa. Obowiązek ten rozciąga się zarówno na kontrole wewnętrzne Udzielającego Zamówienia – w tym kontrolę bieżącą i następną wykonywaną przez pielęgniarkę oddziałową, oraz kontrole zewnętrzne jakim ma obowiązek się poddać Udzielający Zamówienia upoważnionym ustawowo organom.
5. Wszelka dokumentacja, również w formie elektronicznej, przetwarzana w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy stanowi własność Udzielającego Zamówienia, a Przyjmująca/cy Zamówienie zobowiązuje się do ochrony poufności jej treści; zabrania się też jej wynoszenia, przenoszenia, bądź udostępniania osobom trzecim, co nie dotyczy sytuacji określonych poniższą umową.
6. Udzielający Zamówienia ma prawo kontroli i monitorowania również czynności wykonywanych przy pomocy narzędzi elektronicznych przez Przyjmującą/cego Zamówienie, a związanych z realizacją umowy.
7. Przyjmująca/cy Zamówienie oświadcza, że uznaje prawo Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu do przeprowadzenia kontroli Przyjmującej Zamówienie na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 j.t. z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

#### § 4 OGRANICZENIA

1. Przyjmująca/y Zamówienie przekazuje Udzielającemu Zamówienie wykaz podwykonawców zgodnie z załącznikiem nr 4. Podwykonawcy nie mogą być pracownikami Udzielającego Zamówienie. Każda zmiana podwykonawców wymaga uaktualnienia załącznika nr 4 w formie aneksu do umowy. Przyjmująca/y Zamówienie dostarczy do Udzielającego Zamówienia kserokopie dyplomów oraz praw wykonywania zawodu, dokumentów kwalifikacyjnych wszystkich podwykonawców.
2. Poszczególni podwykonawcy Przyjmującej/go Zamówienie nie mogą w czasie ustalonym w harmonogramie (§3 ust 2) wykonywać innych świadczeń zdrowotnych niż objęte niniejszą umową, zarówno w lokalu Udzielającego Zamówienia jak i poza nim. Nie mogą też opuszczać miejsca określonego umową bez uprzedniej zgody pielęgniarki oddziałowej i zapewnienia zastępstwa.
3. Poszczególni podwykonawcy Przyjmującej/go Zamówienie poza ustalonym harmonogramem nie mogą bez pisemnej zgody Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie wykonywać w lokalu Udzielającego Zamówienia innych świadczeń zdrowotnych niż określone umową.
4. Bez pisemnej zgody Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie Przyjmująca/y Zamówienie nie może stosować eksperymentu medycznego, prowadzić naukowych badań, ani innych podobnych czynności.

## § 5

### OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający Zamówienia zapewnia:
  - a) korzystanie z lokalu, sprzętu i aparatury medycznej środki farmaceutyczne, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową, przy czym o korzystaniu z w/w pomieszczeń i sprzętu decyduje Pielęgniarka Oddziałowa,
  - b) wymaganą przepisami higienę sanitarną zarówno sprzętu jak i pomieszczeń,
  - c) dostęp do instrukcji obsługi sprzętu, aparatury i urządzeń,
  - d) przeszkolenie w zakresie obsługi nowowprowadzonego sprzętu, aparatury i urządzeń,
  - e) utrzymanie sprzętu, urządzeń i innego wyposażenia w sprawności technicznej,
  - f) możliwość udziału w organizowanych szkoleniach dla pielęgniarek według przyjętego przez siebie planu szkoleń,
  - g) dostęp do systemu informatycznego Udzielającego Zamówienie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania zakresu zadań objętych niniejszą umową,
  - h) możliwość korzystania z podmiotu świadczącego usługę w zakresie prania odzieży roboczej Przyjmującej Zamówienie.
2. Udzielający Zamówienia oświadcza, że dostarczone środki farmaceutyczne, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze niezbędne do wykonywania świadczenia zdrowotnego, a także aparatura i sprzęt będą zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz przepisami dotyczącymi materiałów i sprzętów nie medycznych.
3. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do koordynacji działań pomiędzy osobami i podmiotami działającymi w jego siedzibie w taki sposób, aby umożliwić niezakłócony tok wykonywania świadczeń zdrowotnych.
4. Szpital udostępnia Przyjmującej/cemu Zamówienie dostęp do obowiązujących w podmiotach leczniczych przepisów prawa, a zwłaszcza do zarządzeń komunikatów i informacji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia niezbędnych do prawidłowego wykonywania niniejszej umowy.
5. Udzielający Zamówienia zapewnia właściwe warunki do tworzenia, przetwarzania i przechowywania dokumentacji medycznej. W szczególności zapewnia druki wymagane odpowiednimi w tym względzie



przepisami. Zapewnia też ciągłość systemów informatycznych służących do tworzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

## § 6

### OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmująca/cy Zamówienie jest zobowiązana/y do wykonywania postanowień niniejszej umowy w oparciu o obowiązujące przepisy dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz innych ustaw, a także zarządzenia, komunikaty i informacje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające zasady i procedury obowiązujące przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Wykonywanie świadczeń w lokalu Udzielającego Zamówienia następować będzie nadto z poszanowaniem Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, Regulaminu Organizacyjnego i wydawanych w oparciu o nie obowiązujących regulacji wewnętrznych.
3. Przyjmująca/cy Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz w sposób nie zakłócający wykonywania zadań przez inne podmioty świadczące usługi zdrowotne na rzecz Udzielającego Zamówienia.
4. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych może następować wyłącznie po terminowym złożeniu Udzielającemu Zamówienia kserokopii następujących dokumentów:
  - a) dyplomu pielęgniarki/pielęgniarsza,
  - b) prawa wykonywania zawodu,
  - c) dowodu osobistego,
  - d) wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu,
  - e) zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
  - f) zaświadczenia o nadaniu numeru REGON,
  - g) zaświadczenia o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej NIP,
  - h) polisy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - i) aktualnego zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
5. Wszelkie szkolenia, kursy, uprawnienia, zezwolenia niezbędne do wykonywania umowy, Przyjmująca/cy Zamówienie odbywa i uzyskuje na własny koszt i poza czasem świadczeń medycznych objętych umową. Niniejszy zapis nie obejmuje szkoleń, kursów itd., do odbycia których Udzielający Zamówienia zobowiązał Przyjmującą/ego Zamówienie.
6. Przyjmująca/cy Zamówienie jest zobowiązana/y do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienia na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których sposób prowadzenia oraz warunki udostępnienia regulują odrębne przepisy oraz zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującej u Udzielającego Zamówienia; Przyjmująca Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienia i osobom trzecim nierzetelnym, niedbałym lub niestarynym prowadzeniem dokumentacji; udostępnianie dokumentacji medycznej przez Przyjmującą Zamówienie osobom trzecim odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz w trybie ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.

7. Przyjmująca/y Zamówienie zobowiązuje się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienia zaświadczenia o przeszkoleniu bhp przez specjalistę ds. bhp Udzielającego Zamówienia.
8. Przyjmująca/y Zamówienie obowiązana jest posiadać i stosować środki ochrony osobistej wymagane przepisami BHP.
9. Przyjmująca/y Zamówienie zobowiązuje się do noszenia identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz stanowisko.
10. Przyjmująca/y Zamówienie jest zobowiązana/y do prania odzieży roboczej zgodnie z procedurą „Zasady postępowania z bielizną szpitalną obowiązującą u Udzielającego Zamówienia”.
11. Przyjmująca/y Zamówienie zobowiązana/y jest do używania sprzętu, aparatury i urządzeń zgodnie z jego przeznaczeniem, instrukcją obsługi oraz zasadami BHP.
12. Przyjmująca/y Zamówienie jest zobowiązana zawrzeć przed przystąpieniem do realizacji niniejszej umowy umowę odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy o działalności leczniczej i dostarczy Udzielającemu Zamówienia kopię tej umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Nie wywiązanie się przez Przyjmującą/cego Zamówienie z tego obowiązku stanowić będzie podstawę do rozwiązania niniejszej umowy na zasadach przewidzianych w § 9 ust. 3 lit. g. Termin ten dotyczy również każdorazowego dostarczania dokumentów określonych w § 6 ust. 4 umowy o ile po dniu jej zawarcia wystąpiły jakiegokolwiek zmiany w tych dokumentach (również ich ważności).
13. Przyjmująca/y Zamówienie ma obowiązek wykonywania pisemnych i elektronicznych zleceń lekarskich i obowiązek ich pisemnego lub odpowiednio elektronicznego odnotowywania w dokumentacji medycznej. W przypadku uzasadnionej wątpliwości Przyjmująca/y Zamówienie ma prawo domagać się od zlecającego, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia.

#### § 7

#### WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH

1. W sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu pacjentów z powodu przejściowej niemożności zapewnienia im należytej opieki przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, Przyjmująca/y Zamówienie zobowiązuje się wykonywać świadczenie zdrowotne w zakresie swoich kompetencji w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie, a także poza ustalonym harmonogramem świadczeń.
2. Wynagrodzenie za świadczenia wykonane zgodnie z ust. 2 reguluje § 2 ust. 1 i 2.

#### § 8

#### WYKONANIE ZASTĘPCZE KARY UMOWNE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODY

1. W przypadku gdy Przyjmująca/y Zamówienie opóźnia się ze spełnieniem świadczenia zdrowotnego, albo zaniechała jego wykonywania zgodnie z umową, Udzielający Zamówienia może na koszt Przyjmującej/ego Zamówienie zlecić wykonywanie czynności innemu podmiotowi, co nie zamyka zastosowania kar wynikających z umowy oraz dochodzenia powstałej stąd szkody.
2. W sytuacji gdy Przyjmująca/y Zamówienie nie wykonuje świadczeń zdrowotnych w sposób określony umową zapłaci on Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości do 50% kwoty stawki godzinowej określonej w § 2 ust. 1 za każdą niewykonaną lub niewłaściwie wykonaną godzinę.
3. W przypadku niewykonania zadania będącego przedmiotem konkursu w 80 % zadeklarowanych godzin, Udzielający Zamówienia nałoży karę umowną równą dodatkowym kosztom, wynikającym ze zlecenia udzielania świadczeń w zakresie objętym konkursem pracownikom Udzielającego Zamówienia, po

- doliczeniu do tej kwoty ewentualnego powierzenia wykonywania obowiązków w godzinach nadliczbowych, bądź z tytułu zawarcia innych umów cywilnoprawnych, celem zachowania ciągłości udzielania świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4. Wysokość kary umownej ustala się zgodnie z załącznikiem nr 5 i 5a. Przyjmująca/y Zamówienie otrzymuje załącznik 5a po zanimizowaniu danych osobowych. Zapłata kary umownej nie wyklucza dochodzenia przez Udzielającego zamówienia roszczeń na zasadach ogólnych.
4. W przypadku, gdy ilość zapotrzebowanych godzin w miesiącu jest mniejsza niż wynikająca z § 1 ust. 2 karę umowną stosuje się tylko do części niewykonanej stanowiącej różnicę między zapotrzebowaniem wystawionym przez Udzielającego Zamówienia, a faktycznym wykonaniem ilości godzin przez Przyjmującą/ego Zamówienie.
  5. Przyjmująca/y Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wynikłe z niewłaściwej eksploatacji sprzętu, aparatury i urządzeń, a także z nie rozliczenia powierzonych jej środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych z zastrzeżeniem ust. 6.
  6. Przyjmujący Zamówienie może odstąpić od egzekwowania kosztów naprawy lub wymiany uszkodzonego mechanicznie sprzętu lub aparatury medycznej jeśli uszkodzenie nastąpiło w skutek działania nieumyślnego, Przyjmująca/y Zamówienie szczegółowo opíše przebieg zdarzenia, a Udzielający Zamówienia otrzyma od firmy ubezpieczającej odszkodowanie za naprawę lub wymianę ww.
  7. Odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującą/ego Zamówienie, ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmującą/y Zamówienie.
  8. W przypadku naprawienia szkody przez Udzielającego Zamówienia zasady odpowiedzialności regresowej pomiędzy stronami niniejszej umowy określa art. 441 Kodeksu cywilnego, zaś Udzielający Zamówienia ma prawo do regresu w pełnej wysokości od Przyjmującej/ego Zamówienie.
  9. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie nałożonych kar umownych z jego wynagrodzenia.
  10. Udzielający Zamówienia może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

## § 9

### CZAS OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 1.11.2023 roku do dnia 31.10.2024 roku**.
2. Udzielający Zamówienia może rozwiązać umowę przed upływem okresu, na jaki została zawarta, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia przez drugą stronę istotnych postanowień umowy.
3. Do naruszenia przez Przyjmującą/ego Zamówienie istotnych postanowień umowy zalicza się w szczególności następujące przypadki:
  - a) w wyniku dokonanej przez Udzielającego Zamówienie kontroli i realizacji zaleceń pokontrolnych stwierdzono niewypełnienie przez Przyjmującą Zamówienie warunków umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu i złą jakość świadczeń,
  - b) Przyjmująca/y Zamówienie swoje prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy przeniosła/przeniósł na osoby trzecie bez akceptacji Udzielającego Zamówienia,
  - c) dane zawarte w ofercie Przyjmującej/ego Zamówienie okazały się nieprawdziwe,



- d) Przyjmująca/y Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości,
  - e) Przyjmująca/y Zamówienie utraci uprawnienia konieczne dla realizacji umowy, a także opuści bez uzgodnienia miejsce świadczenia usług, lub nie przystąpi do realizacji umowy,
  - f) gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie umowy, albo nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy,
  - g) gdy Przyjmująca/y Zamówienie nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy o działalności leczniczej, w sposób określony w §6 ust. 10 niniejszej Umowy. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia nie obejmuje pełnego okresu obowiązywania niniejszej umowy, Udzielający Zamówienia może ją rozwiązać także w przypadku, gdy Przyjmująca/y Zamówienie nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
  5. Umowa wygasa w przypadku rozwiązania, wypowiedzenia albo wygaśnięcia umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmującej zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Przyjmującą/ego Zamówienie na podstawie niniejszej umowy.
  6. W razie rozwiązania lub wygaśnięcia niniejszej umowy Przyjmująca/y Zamówienie zobowiązana/y jest niezwłocznie przekazać Udzielającemu Zamówienia wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.
  7. Udzielający Zamówienia może odsunąć Przyjmującą/ego Zamówienie od wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na czas określony celem usunięcia przeszkody wynikającej z nie przedłożenia dokumentów określonych w §6 ust 4 lub w przypadku, o którym mowa w §8 ust.1. W takim przypadku stosuje się WYKONANIE ZASTĘPCZE świadczeń zdrowotnych, co nie wyłącza odpowiedzialności Przyjmującej/ego Zamówienie za powstałe szkody.
  8. Umowa może zostać rozwiązana wskutek pisemnego oświadczenia jednej ze stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia z podaniem konkretnych przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

## § 10

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nie unormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności ustawy o działalności leczniczej i Kodeksu cywilnego.
2. Ewentualne spory wynikłe w trakcie stosowania umowy strony zobowiązują się rozwiązywać w drodze wzajemnych negocjacji. Jeśli te okażą się niezadowolające rozstrzygać je będzie rzeczowo i miejscowo właściwy sąd powszechny w Koninie.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Przyczyną zmian może być w szczególności zmiana przepisów prawa oraz zasad i stawek finansowania świadczeń.
4. Niedopuszczalne są zmiany postanowień niniejszej umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującej Zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy albo z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. Zmiana dokonana z naruszeniem §10 ust. 4 umowy jest nieważna.

6. Do niniejszej umowy nie stosuje się ustawy o zamówieniach publicznych.
7. Treść niniejszej umowy stanowi tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ustawy o zakazie nieuczciwej konkurencji; z tego tytułu strony umowy zobowiązują się zachować treść jak i warunki jej wykonywania w poufności wobec osób trzecich i to zarówno w czasie jej obowiązywania jak i lat trzech od jej wygaśnięcia bądź rozwiązania.
8. Strony obowiązane są do zachowania w ścisłej tajemnicy wszelkich informacji dotyczących pacjentów, o ile konieczność ich ujawnienia nie wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania tajemnicy zawodowej oraz tajemnicy dotyczącej informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych ustaleń dotyczących Udzielającego Zamówienia nie podanych do wiadomości publicznej.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się ponadto do:
  - a) uczestniczenia w zaznajomieniu przez Inspektora Ochrony Danych Szpitala z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z zasadami środowiska informatycznego Udzielającego Zamówienia,
  - b) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z realizacją umowy, a w szczególności danych osobowych, w tym dotyczących pacjenta,
  - c) przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),
  - d) przestrzegania ustanowionych w Szpitalu zasad zapewnienia bezpieczeństwa danych i środowiska informatycznego Udzielającego Zamówienia,
  - e) przestrzegania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego Zamówienie i procedur NFZ.
11. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, że zostaje upoważniony do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji umowy i wpisany do ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych Szpitala.
12. Obowiązek zachowania tajemnicy nie pozostaje w sprzeczności z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
13. Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Przyjmującej/ego Zamówienie, dwa dla Udzielającego Zamówienia.

.....  
Przyjmująca/y Zamówienie

.....  
Udzielający Zamówienia

## Załącznik nr 1 do umowy

Nr ..... / ..... z dnia ..... roku

### o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Szczegółowy wykaz zadań Przyjmującej/ego Zamówienie

#### I. Zadania główne:

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.
- 2) Dokonywanie oceny stanu zdrowia i podejmowanie medycznych czynności ratunkowych.
- 3) Realizacja zleceń lekarskich.
- 4) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 5) Obsługiwanie sprzętu i urządzeń stosowanych w WSZ im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.
- 6) Wykonywanie zadań, w porozumieniu z pielęgniarką koordynującą, innych niż wymienione w niniejszym załączniku, ale w zgodności z kompetencjami i zajmowanym stanowiskiem.

#### II. Obowiązki Przyjmującej/ego Zamówienie:

- 1) Sprawowanie bezpośredniej opieki nad przydzielonymi chorymi:
  - a) wykonywanie czynności administracyjnych związanych z przyjęciem chorego do szpitala,
  - b) ustalenie pielęgniarskiej oceny stanu chorego, potrzeb i problemów pielęgnacyjnych,
  - c) przygotowanie planu opieki i jego realizacja,
  - d) obserwacja pacjenta i interpretacja wyników obserwacji,
  - e) monitorowanie parametrów życiowych i odnotowywanie ich zgodnie z procedurami,
  - f) asystowanie w trakcie badań lekarskich,
  - g) wykonywanie czynności pomocniczych w trakcie zabiegów prowadzonych na sali zabiegowej,
  - h) wyczerpujące przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjentów przebywających w Oddziale ..... osobie przejmującej dyżur,
  - i) sporządzanie dokładnych sprawozdań w systemie Eskulap w dokumentacji pielęgniarskiej z obserwacji o stanie zdrowia i zachowaniu się chorych,
  - j) przygotowywanie chorych według otrzymanych zleceń lub obowiązujących standardów do badań diagnostycznych, konsultacji, zabiegów operacyjnych,
  - k) czuwanie nad bezpieczeństwem chorych ze szczególnym uwzględnieniem ciężko chorych,
  - l) bezwzględne zgłaszanie się na każde wezwanie chorego,
  - m) szanowanie godności i intymności chorego podczas wykonywania wszystkich czynności przy chorym,
  - n) zachowania tajemnicy służbowej i zawodowej, również po śmierci chorego,
  - o) sprawne posługiwanie się sprzętem i aparaturą stosowaną w WSZ im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.
- 2) Realizacja zleceń lekarskich odnotowywanych w dokumentacji medycznej:
  - a) wykonywanie zleceń lekarskich w należyty sposób i we właściwym czasie oraz dokumentowanie tych czynności zgodnie z przepisami i przyjętymi standardami,

- b) pobieranie materiału do badań analitycznych i mikrobiologicznych ,
  - c) bezzwłoczne powiadomienie pielęgniarki oddziałowej i lekarza dyżurnego w razie popełnienia pomyłki oraz w razie trudności w wykonaniu zlecenia lekarskiego.
- 3) Podejmowanie w zakresie własnych kompetencji czynności ratujących życie i natychmiastowe powiadomienie lekarza
  - 4) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami przyjętymi przez Udzielającego Zamówienie.
  - 5) Skanowanie leków, wyrobów medycznych i innych materiałów mających etykiety (kody paskowe) w systemie Eskulap i rozchodowywanie ww. na pacjenta zgodnie z zasadami określonymi przez Udzielającego Zamówienia.

### III. Ponadto Przyjmująca/y Zamówienie:

- 1) zawsze wtedy, gdy wymaga tego stan zdrowia chorego współpracuje z personelem medycznym innych oddziałów,
- 2) na prośbę personelu medycznego innych oddziałów współuczestniczy w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów przebywających na innych oddziałach szpitalnych,
- 3) uczestniczy w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienie,
- 4) posiada obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej,
- 5) powiadamia lekarza dyżurnego lub pracownika ochrony o naruszeniu przez chorych lub osoby odwiedzające porządku oddziału,
- 6) oraz podejmuje działania zmierzające do racjonalnego i efektywnego gospodarowania przydzielonymi środkami.

### IV. Odpowiedzialność Przyjmującej/ego Zamówienie:

Przyjmująca Zamówienie odpowiada za:

- 1) jakość opieki sprawowanej nad przydzielonymi chorymi,
- 2) prawidłową realizację zleceń lekarskich,
- 3) bezzwłoczne podjęcie czynności ratujących życie w sytuacjach grożących utratą życia,
- 4) właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej.

### V. Uprawnienia Przyjmującej/ego Zamówienie

Przyjmująca/y Zamówienie ma prawo do:

- 1) uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych,
- 2) wglądu w dokumentację medyczną,
- 3) domagania się od lekarza – w przypadku uzasadnionych wątpliwości - który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia, oraz w wyjątkowych przypadkach odmowy – podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie,
- 4) udzielania choremu i jego rodzinie informacji w zakresie diagnozy pielęgniarskiej oraz zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej,
- 5) przydzielania, w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych, zadań sanitariuszom, opiekunom medycznym i osobom uprawnionym do wykonywania czynności pielęgniarskich związanych z opieką nad pacjentem, wynikających z ich zakresu obowiązków,

- 6) odmowy przyjęcia dokumentów nie spełniających wymogów merytorycznych i formalnych zgodnych z obowiązującymi przepisami wewnętrznym.

Oświadczam, że zapoznałam się z niniejszym szczegółowym wykazem zadań Przyjmującej/ego Zamówienie.

.....

Przyjmująca/y Zamówienie

.....

Udzielający Zamówienia





Załącznik nr 2 do umowy Nr ...../..... z dnia ..... roku

Indywidualne zapotrzebowanie na godziny świadczenia usług pielęgniarских

w miesiącu .....

oddział/ komórka organizacyjna .....

dzień miesiąca	czas wykonywania świadczeń (od -do godz.)	ilość godzin	uwagi (np. nazwisko preferowanej pielęgniarki)
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.			
łącznie godzin w miesiącu:			x

.....  
(podpis pielęgniarki oddziałowej)



Załącznik nr 2a do umowy Nr ...../..... z dnia ..... roku

**Zbiorcze zapotrzebowanie na godziny świadczenia usług pielęgniarских**

**w miesiącu .....**

dzień miesiąca	oddział/komórka organizacyjna	ilość godzin	uwagi
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.			
łącznie godzin w miesiącu:			x

.....  
(podpis pielęgniarki naczelnej)

.....  
)



Załącznik nr 3 do umowy Nr ...../..... z dnia ..... roku

Potwierdzenie wykonanych godzin w zakresie świadczenia usług pielęgniarских

w miesiącu .....

oddział/ komórka organizacyjna .....

lp.	imię i nazwisko pielęgniarki	data świadczenia usług (dyżuru)	czas wykonywania świadczeń (od -do godz.)	ilość godzin	łącznie ilość godzin dla każdej pielęgniarki
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
...					
łącznie godzin w miesiącu:		X	X		

.....  
(podpis pielęgniarki oddziałowej)



Załącznik nr 3a do umowy Nr ...../..... z dnia ..... roku

Zbiorcze zestawienie ilości świadczonych godzin w zakresie usług pielęgniarskich  
w miesiącu .....

dzień miesiąca	oddział/komórka organizacyjna	ilość godzin wykonanych	uwagi
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.			
łącznie godzin w miesiącu:			X

.....  
(podpis pielęgniarki naczelnej)



Załącznik nr 4 do umowy Nr ..... z dnia ..... roku

**Zbiorcze zestawienie podwykonawców**

Ip.	Imię i nazwisko pielęgniarkei	PESEL	data uzyskania dyplomu	uzyskana specjalizacja	data uzyskania prawa wykonywania zawodu	nr prawa wykonywania zawodu	wskazanie izby pielęgniarskiej wydającej prawo wykonywania zawodu
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
....							

.....  
podpis Przyjmującej/go Zamówienie





Załącznik nr 5 do umowy Nr ...../..... z dnia ..... roku

**Wyliczenie kary umownej zgodnie z § 8 pkt 3**

**w miesiącu .....**

lp.	oddział/komórka organizacyjna	ilość godzin zapotrzebowanych	ilość godzin faktycznie wykonanych	różnica	wysokość kary umownej zgodnie z kol. 12 załącznika 5a
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.					
....					
razem:					

.....  
(podpis pielęgniarki naczelnej)



Załącznik nr 5a do umowy Nr ..... z dnia ..... roku

**Wyliczenie kary umownej zgodnie z § 8 pkt 3**

w miesiącu .....

oddział/ komórka organizacyjna .....

lp.	data	ilość godzin zapotrzebowanych	ilość godzin faktycznie wykonanych	różnica	sposób zabezpieczenia brakującej obsady (nadgodziny/ inne umowy cywilno-prawne)	imię i nazwisko osoby zastępującej	koszt jednej nadgodziny wraz z ZUS po stronie pracodawcy/ umowy cywilno-prawnej**	wartość w zł. (kol. 5 x kol. 8)**	koszt jednej godziny wynikający z § 2 ust. 1 i 2 umowy	wartość (kol. 5 x kol. 10)**	wartość kary umownej (kol. 9 - kol. 11)**
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
....											
<b>razem:</b>											

\*\* wypełnia Dział Kadr

.....  
 (podpis pielęgniarki oddziałowej/ kierownika komórki organizacyjnej)

