



Kielce, 28.05.2020r.

## ZAPYTANIE O CENĘ – ROZEZNANIE RYNKU usługa lekarskiej opieki medycznej w domu pacjenta

### I. ZAMAWIAJĄCY

CENTRUM MEDYCZNE „ZDROWIE” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA  
UL. KARCZÓWKOWSKA 45  
25-713 KIELCE

### II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie opieki lekarza POZ dla osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych podczas wizyt domowych oraz kompleksowa współpraca z pielęgniarką środowiskową i rehabilitantem w celu zapewnienia optymalnej opieki medycznej. Chorzy zostaną wskazani przez Zamawiającego. Usługa będzie świadczona na terenach wiejskich województwa świętokrzyskiego określonych na podstawie obowiązującego Planu Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Świętokrzyskiego jako Obszary Strategicznych Interwencji – OBSZARY WIEJSKIE o najgorszym dostępie do usług publicznych.

**Zamówienie dotyczy usług medycznych dla pacjentów zamieszkałych powiat opatowski - łącznie 12 wizyt dla 4 pacjentów, gmina Tarłów – 4 pacjentów.**

Usługi stanowią element projektu pn: „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ 3” o numerze RPSW.09.02.03-26-0006/19 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 1.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020.

### III. SZCZEGÓŁOWY OPIS ZAMÓWIENIA

**Wspólny Słownik Zamówień (CPV): 85121000-3 Usługi medyczne**

**TERMIN ŚWIADCZENIA USŁUG:** od zawarcia umowy – czerwiec 2020r do 31.12.2020r.

**ZAKRES USŁUG** W ramach usługi należy:

1. Odbyć min. 1 wizytę medyczną w domu każdego chorego wskazanego przez Zamawiającego, min. 1 godz. (60min). Jeśli stan zdrowia chorego wymaga większej liczby



konsultacji lekarskich, to kolejne wizyty i ich częstota należy uzgodnić z Zamawiającym. Wizyta powinna obejmować profesjonalne monitorowanie stanu zdrowia chorego, analizę ilości i zakresu zabiegów pielęgnacyjnych, analizę częstota i zakresu zabiegów fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych, analizę dawkowania i rodzaju leków oraz konieczne zmiany zaleceń farmakologicznych, diagnozę chorób współistniejących. W związku z obecną sytuacją epidemiologiczną oraz *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.16.03.2020r zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* dopuszcza „realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy”.

2. Potwierdzeniem wizyty będzie „Karta wizyty” wypełniona przez lekarza i podpisana przez chorego lub jego opiekuna przy wizycie bezpośredniej lub notatka z teleporady według wzoru dostarczonego przez Zamawiającego.
3. Wykonać konsultacje stanu zdrowia chorego z pielęgniarką środowiskową i rehabilitantem/fizjoterapeutą (z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności) w celu doboru optymalnej opieki medycznej (rodzaj i częstota zabiegów) w ramach Indywidualnego Planu Wsparcia.
4. Jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta - skierować chorego do opieki specjalistycznej, dobrać rodzaj konsultacji specjalistycznych i wystawić skierowanie.
5. Dojechać samodzielnie do chorego, na adres wskazany przez Zamawiającego.
6. Zlecenie obejmuje pełny zakres wyszczególniony powyżej, nie można składać ofert wariantowych, ani częściowych.
7. Dokumenty dotyczące potwierdzania wizyt należy dostarczyć do Biura Projektu, które mieści się w pokoju 229 (I piętro), budynek Centrum Medycznego ZDROWIE, ul. Karczówkowska 45 w Kielcach.

#### WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY

O zamówienie mogą ubiegać się wykonawcy dysponujący lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, legitymującym się co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym. Lekarz musi posiadać ubezpieczenie OC przed skutkami popełnionych błędów podczas wykonywania obowiązków zawodowych, suma gwarancyjna min. 25.000zł.

#### INFORMACJE DODATKOWE

1. Oferty należy składać na pełny zakres usług opisanych powyżej. Wykonawca w ofercie musi podać jednostkową cenę brutto jednej wizyty. Cena wizyty powinna zawierać wszystkie koszty konieczne do pełnego zakresu usługi, w szczególności koszty przyjazdu do domu pacjenta, koszty konsultacji stanu zdrowia chorego z pielęgniarką środowiskową i rehabilitantem/fizjoterapeutą, koszty przygotowania „Karty wizyty” i dostarczenia jej do Biura Projektu.
2. Do realizacji dostawy wybrany zostanie Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę brutto za usługę w danym mieście.
3. Z wyłonionym Wykonawcą zawarta zostanie umowa, której projekt stanowi *Załącznik nr 2* do niniejszego zapytania.
4. Rozliczenie nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT lub rachunku do umowy cywilno-prawnej płatnych w terminie do 14 dni od daty wpływu do Biura Projektu.



#### IV. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Termin złożenia oferty upływa w dniu 05.06.2020r. o godzinie 14.00.
2. Ofertę należy złożyć na formularzu stanowiącym *Załącznik nr 1* do niniejszego zapytania.
3. Oferta powinna być przesłana za pomocą poczty elektronicznej (jako skan podpisanej wersji papierowej dokumentów) na adres e-mailowy: a.ksel@zdrowiekielce.com w terminie wskazanym w punkcie 1.
4. Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy. Podpis powinien być sporządzony w sposób umożliwiający jego identyfikację np. złożony wraz z imienną pieczętką lub czytelny (z podaniem imienia i nazwiska).
5. Termin związania ofertą: 30 dni od zakończenia terminu naboru ofert.

Załącznik nr 1

**OFERTA dotycząca zapytania z dn. 28.05.2020r.  
świadczenie opieki lekarza POZ dla osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych podczas  
wizyt domowych**

<b>Nazwa Wykonawcy</b>	
<b>Siedziba/Adres Wykonawcy</b>	
<b>Adres do korespondencji</b>	
<b>Numer telefonu / faksu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>NIP/PESEL</b>	
<b>Osoba do kontaktu, telefon, mail</b>	

1. OFERUJEMY wykonanie zamówienia zgodnie z OPISEM PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, za cenę:

..... zł brutto za jedno badanie

słownie: .....

część ....., powiat: ....., łączna liczba wizyt .....

2. Oświadczamy, iż zaoferowana cena zawiera wszelkie koszty poniesione w celu należytego wykonania zamówienia, zgodnie z wymaganiami opisanymi w zapytaniu ofertowym.

3. Oświadczamy, że do realizacji zamówienia skierujemy następujące osoby:

Lp	Imię i nazwisko	Posiadane kwalifikacje zawodowe - uprawnienia	Posiadane doświadczenie zawodowe (liczba lat)
1.			

4. Oświadczamy, że lekarz posiada ubezpieczenie OC przed skutkami popełnionych błędów podczas wykonywania obowiązków zawodowych, suma gwarancyjna wynosi .....



5. Oświadczamy, iż przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym, tj. od dnia zawarcia umowy do dnia 31.12.2020 r.
6. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty, a także iż spełniamy wszystkie warunki Zamawiającego wymienione w zapytaniu.
7. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w brzmieniu określonym we wzorze.
8. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
9. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym, tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10. Oświadczamy, że wypełnione zostały obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

.....

*data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

## UMOWA o świadczenie usług zdrowotnych

Zawarta w dniu ..... 2020 r. w Kielcach pomiędzy :

CENTRUM MEDYCZNE „ZDROWIE” SP. Z O.O, SP. KOMANDYTOWA  
UL. KARZÓWKOWSKA 45  
25-713 KIELCE

reprezentowanym przez:

**Krzysztofa Mielecha – Dyrektora Generalnego**

zwaną w dalszej części umowy **Zamawiającym**,

a

.....

zwanym w dalszej części umowy **Wykonawcą**.

**Strony zawierają umowę następującej treści:**

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1

Do niniejszej umowy mają zastosowanie w szczególności:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (t.j. Dz.U. 2018 poz. 1025),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2190),
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty (t.j. Dz.U. 2019 poz. 537),
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729),
- Kodeks Etyki Lekarskiej.
- Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

#### § 2

1. Niniejszą umową Wykonawca zobowiązuje się do **udzielania świadczeń medycznych w zakresie domowej opieki medycznej nad chorymi niesamodzielnymi i/lub niepełnosprawnymi na potrzeby projektu pt. „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ 3”** o numerze RPSW.09.02.03-26-0006/19 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 1.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług



- społecznych i zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020.
- Przez udzielanie świadczeń medycznych strony rozumieją udzielanie na rzecz pacjentów/pacjentek zakwalifikowanych do udziału w Projekcie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonaniu podstawowej opieki medycznej w domu chorego/chorej zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia..
  - W ramach umowy Wykonawca przeprowadzi nie więcej niż ..... wizyt u chorych niesamodzielnych/niepełnosprawnych wskazanych przez Zamawiającego w powiecie .....
  - Zamawiający zastrzega sobie prawo do zlecenia mniejszej liczby badań, adekwatnie do liczby pacjentów/pacjentek zakwalifikowanych do Projektu oraz toku realizacji Projektu.
  - Potwierdzeniem wizyty będzie „Karta wizyty” wypełniona przez lekarza i podpisana przez chorego lub jego opiekuna przy wizycie bezpośredniej lub notatka z teleporady według wzoru dostarczonego przez Zamawiającego.
  - Wykonawca nie może powierzyć wykonywania czynności realizowanych na podstawie niniejszej umowy innej osobie lub innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą.

## PRAWA I OBOWIĄZKI

### § 3

- Dla realizacji zadań objętych niniejszą umową Zamawiający wyłoni pacjentów/pacjentki kwalifikujące się do opieki medycznej w warunkach domowych oraz zatrudni pielęgniarki środowiskowe i rehabilitantów/fizjoterapeutów w ramach Zespołów Medycznej Opieki Domowej współpracujące z lekarzem.

### § 4

- Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli wykonywania przez Wykonawcę świadczeń pod względem zgodności z obowiązującymi w tym zakresie normami prawa oraz prawidłowej realizacji niniejszej umowy.
- Uprawnienia kontrolne Zamawiającego obejmują:
  - prawo kontroli z przebiegu wykonywania i jakości udzielonych świadczeń,
  - żądanie informacji w zakresie wykonywanych usług w formie ustnej i pisemnej,
  - nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej.

### § 5

Wykonawca zobowiązany jest w szczególności do:

- wykonywania świadczeń określonych w §2 w terminie i zgodnie z wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej,
- udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
- prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz dokumentów niezbędnych do celów rozliczeniowych według zasad określonych przez Zamawiającego,
- poddania się kontroli prowadzonej przez upoważnione osoby,
- posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem



Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

### **§ 6**

1. Wykonawca:
  - a) ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta lub osoby trzeciej w razie wyrządzenia pacjentowi lub osobom trzecim szkody w trakcie bądź w związku z wykonywaniem czynności objętej niniejszą umową,
  - b) ponosi odpowiedzialność majątkową za straty i szkody poniesione przez Zamawiającego w związku z wykonywaniem umowy, będących następstwem jego zawinionego działania lub zaniechania,
  - c) może być zobowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez Zamawiającego, jeśli ten będzie zobowiązany do naprawienia szkody lub do zadośćuczynienia poszkodowanemu działaniem bądź zaniechaniem Wykonawcy.
2. W razie dochodzenia odszkodowania lub zwrotu zapłaconego odszkodowania w związku ze szkodami wyrządzonymi pacjentom lub osobom trzecim przy wykonywaniu świadczeń objętych niniejszą umową, strony obowiązując będą przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące czynów niedozwolonych, w tym także w zakresie terminów przedawnienia roszczeń związanych z dochodzeniem zwrotów wypłaconych przez Zamawiającego odszkodowań.

## **WYNAGRODZENIE**

### **§ 7**

1. Z tytułu wykonania umowy Wykonawca będzie otrzymywał od Zamawiającego wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto za wykonanie jednego badania.
2. Ceny wymieniona w ust. 1 nie ulegnie zmianie przez cały okres trwania umowy.
3. Rozliczenie dokonywane będzie miesięcznie, na podstawie przedłożonych Zamawiającemu kompletnie wypełnionych „Kart Wizyt”. Miesiące rozliczeniowe pokrywać się będą z miesiącami kalendarzowymi.
4. Zapłata za wykonane świadczenia płatna będzie przelewem z dołu w terminie 14 dni kalendarzowych od doręczenia Zamawiającemu poprawnie wystawionych rachunku lub faktury. Przez datę zapłaty rozumie się datę złożenia przez Zamawiającego polecenia przelewu.
5. W przypadku zwłoki w zapłacie Zamawiający zapłaci Wykonawcy odsetki ustawowe.

## **CZAS TRWANIA UMOWY**

### **§ 8**

1. Umowa obowiązuje od dnia zawarcia do dnia 31 grudnia 2020 r.
2. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
3. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Zamawiający może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia, ze skutkiem





natychmiastowym w przypadku, gdy Wykonawca:

- naruszy zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikające ze sztuki lekarskiej,
- wyrządzi szkody Zamawiającemu lub pacjentowi, na rzecz którego świadczenia są udzielane,
- realizować będzie świadczenia nieterminowo (spóźnienia, oddalenie się z miejsca wykonywania świadczeń przed czasem),
- dopuści się czynu niezgodnego z zasadami etyki lekarskiej,
- odmówi bez uzasadnionej przyczyny poddania się kontroli, do której Zamawiający uprawniony jest na podstawie niniejszej umowy,
- nie udokumentuje, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 5 pkt e), albo też nie kontynuowania tego ubezpieczenia w trakcie trwania niniejszej umowy.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 9

Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 10

Wszelkie spory związane z niniejszą umową strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Zamawiającego.

#### § 11

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ustaw i rozporządzeń wskazanych w §1 umowy.

#### § 12

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

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA

.....

.....