## Załącznik Nr 2 do Regulaminu Konkursu Ofert

**UMOWA Nr ……………./ 2015**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) ORAZ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM).**

zawarta w dniu …………………... w …………….. pomiędzy:

**Powiatowym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim,** wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000010918, którego akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 647-18-39-389, adres: ul. 26 Marca 51, 44 – 300 Wodzisław Śląski,

Reprezentowanym przez: Dyrektora - Bożenę Capek

zwanym dalej **„Udzielającym zamówienia”**

**a**

## ……………………………………………………………………………………………………………………

**………………………………………………………………………………………………………………….** wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę **…………….** pod Nr**………………………. NIP:………………………REGON:…………………….. KRS/Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/………………. ………………………………………………………………………………** reprezentowanym przez:……………………………………………………………………………………. zwanym dalej **„Przyjmującym zamówienie”.**

**§1**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek świadczenia usług zdrowotnych w zakresie całodobowego wykonywania badań diagnostyki obrazowej: tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego (TK oraz RM) na rzecz pacjentów Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim **w lokalizacji Szpitala w Wodzisławiu Śląskim.**
2. Szczegółowy cennik i rodzaj poszczególnych badań wskazanych w §1 ust. 1 zawiera Załącznik Nr 1 do niniejszej umowy.

**3.** Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie badania z zakresu diagnostyki obrazowej: (tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego) w trybie całodobowym przez 7 dni w tygodniu.

**4.** Badania pacjentów skierowanych w trybie pilnym (CITO) będą wykonywane niezwłocznie po zgłoszeniu telefonicznym.

**5.** Przyjmuje się, że badania w trybie planowym będą wykonywane od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 17.00.

1. W przypadku wykonania badań diagnostycznych (TK oraz RM) poza trybem planowym z podaniem środka kontrastowego, Przyjmujący zamówienie zapewni stosowną opiekę medyczną.
2. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy (wykonywania badań) jest pisemne skierowanie wystawione przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia*,* zawierające następujące dane:
3. imię, nazwisko i PESEL pacjenta;
4. dane Udzielającego zamówienia (pieczęć);
5. komórka organizacyjna, z której pacjent kierowany jest na badanie;
6. rodzaj badania (obszar);
7. diagnoza postawiona przez lekarza kierującego na badanie;
8. podpis i pieczątkę lekarza zlecającego badanie;
9. informacje o pacjencie mogące mieć wpływ na wynik, przebieg i następstwa zlecanych badań;
10. numer telefonu kontaktowego i/lub faxu w przypadku konieczności przekazania wyniku w tej formie.
11. Skierowania z każdego miesiąca będą przechowywane przez Przyjmującego zamówienie przez okres pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania.
12. Wyniki badań wskazanych w § 1 ust. 1 niniejszej umowy będą sporządzane w formie pisemnej w dwóch egzemplarzach oraz w formie elektronicznego nośnika danych ( na przykład płyta CD). Wynik badania będzie przekazywany, zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej bezpośrednio do komórek organizacyjnych Udzielającego zamówienia, z których zostały wystawione skierowania, w terminie:
13. w przypadku trybu nagłego – **niezwłocznie** po wykonaniu badania i opisu, nie później niż **2 godziny** od momentu wykonania badania,
14. w trybie planowym - nie dłużej niż **24 godziny** od momentu wykonania badania,

**7.** Przyjmujący zamówienie zapewni bezpłatny transport do oraz z miejsca wykonania badania dla pacjentów Szpitala w Rydułtowach, którzy mogą być przewożeni w pozycji siedzącej i nie wymagającej opieki medycznej w czasie transportu.

**8.** W przypadku podejrzenia stanu zagrożenia życia pacjenta Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do natychmiastowego udzielenia pomocy pacjentowi oraz powiadomienia o zaistniałym fakcie lekarza kierującego na badanie lub lekarza dyżurnego w komórce zlecającej badanie.

**9.** System informatyczny Przyjmującego zamówienie powinien posiadać dwustronną komunikację (zlecanie i odbieranie wyników badań, zarówno opisów jak i danych obrazowych w jakości diagnostycznej i referencyjnej), zgodnym z systemem informatycznym funkcjonującym u Udzielającego zamówienie.

**10.** Wymiana danych pomiędzy systemami powinna być skonfigurowana, przetestowana i gotowa do pracy w ciągu dwóch miesięcy od dnia zawarcia umowy. Koszty konfiguracji połączenia ponosi Przyjmujący zamówienie.

**11.** Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do nieodpłatnego (na własny koszt i we własnym zakresie) do całkowitego wyposażenia pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, o którym mowa w § 1 ust.1, w sprzęt niezbędny do prawidłowej realizacji niniejszej umowy.

**12.** Szczegółowe wymagania (parametry techniczne) tomografu komputerowego oraz rezonansu magnetycznego zawiera Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

**§2**

1. Za udzielone świadczenia zdrowotne (wykonane badania) Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie w okresach miesięcznych, ustalone (wyliczone) na podstawie cen wskazanych w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy, stanowiące iloczyn wykonanych w danym miesiącu badań oraz ich cen jednostkowych.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, płatne będzie na podstawie faktury wystawionej w oparciu o dokumenty wskazane w ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Do faktury Przyjmujący zamówienie dołączy:

* Odrębne wykazy dla każdego szpitala (Szpital w Rydułtowach i Szpital w Wodzisławiu Śląskim) z podziałem na badanie tomografii komputerowej i badanie rezonansu magnetycznego, zawierające następujące elementy:
* data badania, nazwisko pacjenta, imię pacjenta, PESEL pacjenta, szczegółowy rodzaj badania, kontrast, komórka zlecająca badanie, lekarz zlecający badanie, pozycja w cenniku do umowy (Lp.), cena (zł), zgodnie z załącznikami (3 i 4) do niniejszej umowy.

1. Faktura będzie płatna przelewem na konto Przyjmującego zamówienie:

## ........................................................................................................................... w terminie do 60 dni od daty doręczenia faktury.

**5.** Przyjmujący zamówienie nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienie zbywać wierzytelności ani jakichkolwiek praw wynikających z niniejszej umowy na rzecz osób trzecich.

**§3**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową z należytą starannością i w poszanowaniu praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

**§4**

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przedłożyć aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przed dniem rozpoczęcia udzielania świadczeń pod rygorem jej rozwiązania bez wypowiedzenia. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest również do utrzymywania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszania jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Kserokopia aktualnej polisy winna być niezwłocznie składana i stanowi załącznik do niniejszej umowy.

**§5**

1. Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom trzecim wskutek udzielanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność ta obejmuje również zaniechanie udzielania świadczeń medycznych, do wykonania których Przyjmujący zamówienie był zobowiązany na podstawie niniejszej umowy jeżeli wskutek tego osoba trzecia poniosła szkodę.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu zamówienia na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.

**§6**

1. Przyjmujący zamówienie zapewnia, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy, udzielane będą wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach prawa oraz oświadcza, że świadczenia te wykonywane będą w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym przewidzianym w obowiązujących w tej materii przepisach.

**2.** Sprzęt wykorzystywany do wykonywania świadczeń zdrowotnych zakresie diagnostyki obrazowej (TK I MR) musi odpowiadać wymogom stawianym przez NFZ, przez cały okres obowiązywania umowy.

**§7**

**1.** Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddawania kontroli przez Udzielającego zamówienia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wykonywanych świadczeń objętych umową, w szczególności na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), w zakresie wynikającym z umowy.

***2.*** Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej udzielonych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z obowiązującym prawem, ochrony danych zawartych w tej dokumentacji oraz udostępnienia Udzielającemu zamówienia dokumentacji medycznej w zakresie ilości i rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych.

**§8**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony:

od dnia ……………….. do ……………….. .

1. Umowa może zostać rozwiązana za uprzednim, trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca w przypadku zaistnienia istotnej zmiany okoliczności tj. w przypadku braku kontraktu z NFZ, bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji finansowych wobec Przyjmującego zamówienie*,* w szczególności w zakresie roszczeń odszkodowawczych;
2. W przypadku istotnego naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień umowy po wcześniejszym pisemnym wezwaniu do natychmiastowego zaprzestania naruszania postanowień umowy, umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienia w trybie natychmiastowym, przy czym za istotne naruszenia uważa się w szczególności:
   1. powtarzające się nieterminowe wykonywanie badań;
   2. opóźnienia w przesyłaniu wyników badań;
   3. powtarzające się regularne błędne wystawianie faktur oraz załączników do faktur;
   4. błędne wystawianie wyników badań w szczególności istotne braki w dokumencie (np. brak nazwiska i imienia pacjenta, numeru PESEL, brak daty wykonania badania, brak imienia i nazwiska lekarza wykonującego badanie itp.)
3. Umowa może zostać rozwiązana w drodze porozumienia Stron.

**§9**

Ewentualna zmiana treści niniejszej umowy oraz jej załączników wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§10**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej, inne przepisy dotyczące przedmiotu niniejszej umowy oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§11**

Spory wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby Udzielającego zamówienia*.*

**§12**

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

## UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

***Załącznik Nr 1 do umowy nr ..................***

**Rodzaje i cennik badań**

**Oferuję realizację badań tomografii komputerowej (TK):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Roczna szacunkowa ilość badań służąca do obliczenia oferty** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** | **Wartość brutto [zł]** |
| **1** | **TK: badanie głowy bez środka kontrastowego** | **1 200** |  |  |
| **2** | **TK: badanie głowy ze środkiem kontrastowym** | **30** |  |  |
| **3** | **TK: badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym** | **400** |  |  |
| **4** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) bez środka kontrastowego** | **300** |  |  |
| **5** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) ze środkiem kontrastowym** | **30** |  |  |
| **6** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) bez i ze środkiem kontrastowym** | **240** |  |  |
| **7** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) bez środka kontrastowego** | **40** |  |  |
| **8** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) ze środkiem kontrastowym** | **40** |  |  |
| **9** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) bez i ze środkiem kontrastowym** | **240** |  |  |
| **10** | **TK: angiografia** | **105** |  |  |

**1)** okolice anatomiczne stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne.

***Załącznik Nr 1 do umowy nr ..................***

**Oferuję realizację badań rezonansu komputerowego (RM):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Szacunkowa ilość badań na 12 m-cy** | Cena jednostkowa brutto [zł] | Wartość brutto [zł] |
| Rezonans magnetyczny badanie podstawowe bez kontrastu; | 200 |  |  |
| Rezonans magnetyczny badanie podstawowe z kontrastem; | 200 |  |  |
| Angio rezonans magnetyczny naczyń mózgowych bez kontrastu; | 15 |  |  |
| Angio rezonans magnetyczny naczyń mózgowych z kontrastem | 18 |  |  |
| Angio rezonans magnetyczny tętnic szyjnych , tętnic nerkowych z kontrastem; | 3 |  |  |
| Angio rezonans magnetyczny tętnic kończyn dolnych, aorty, rdzenia, tętnic płucnych z kontrastem | 15 |  |  |
| Rezonans magnetyczny serca bez kontrastu; | 2 |  |  |
| Rezonans magnetyczny serca z kontrastem; | 2 |  |  |

Załącznik nr 2 do umowy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagania dotyczące Tomografu Komputerowego.** | |  |
| 1. | Tomograf komputerowy oparty na konstrukcji 64 rzędowej | | |
| 2. | Posiadający zakres aplikacji klinicznych pozwalajacy na realizację przedmiotu umowy na świadczenia medyczne | | |
| 3. | Oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań | | |
| 4. | Uzyskanie obrazów wysokiej jakości przy użyciu niskiej dawki promieniowania oraz szybki czas  rekonstrukcji. | | |
| 5. | Oprogramowanie do rekonstrukcji 3D | | |
| 1. 6. | Spełnienia wymagań załącznika nr 3 część b do zarządzenia Nr82/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013r oraz załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 1013r. pkt 24.3.4 ppkt 3) dotyczącym Tomografu Komputerowego | | |
| 7. | Wyposażenie w bezwkładową strzykawkę automatyczną do podawania środka kontrastowego | | |
| 8. | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenia medyczne do obrotu i użytkownika zgodnie z przepisami określonymi w Ustawie o wyrobach medycznych z dn. 20.05.2010 (deklaracja zgodności i certyfikat CE na cały oferowany sprzęt) | | |
| 9. | System UPS do podtrzymania stacji diagnostycznych oraz konsoli technika TK w przypadku utraty zasilania sieciowego | | |
| 11. | Spełnienia wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013r w sprawie świadczeń  gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej VI. Świadczenia Tomografii Komputerowej Poz. 1413 | | |
| 12. | Dostarczenie niezbędnych dokumentów i pozwoleń na otwarcie Pracowni zgodnie z obowiązującymi przepisami po zarejestrowaniu komórki w Rejestrze Podmiotow Wykonujących Działalność Leczniczą | | |

Załącznik nr 2 do umowy

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Wymagania dotyczące rezonansu magnetycznego** |
| 1. | Aparat o polu minimum 1,5 T do badań całego ciała z elementami systemu. |
| 2. | System chłodzenia magnesu, zamknięty, chłodzenie ciekłym helem. |
| 3. | Wyposażenie w stację postprocessingową dwumonitorową, konsole operatora |
| 4. | Automatyczny, bezwkładowy wstrzykiwacz środka cieniującego dedykowany do pracy w środowisku MR. |
| 5. | System UPS do podtrzymania stacji diagnostycznych i akwizycyjnej w przypadku utraty zasilania sieciowego. |
| 6. | System zapewniający awaryjne cháodzenie aparatu MR w przypadku utraty zasilania sieciowego. |
| 7. | Urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. |
| 8. | Spełnienia wymagań załącznika nr 3 część b do zarządzenia Nr82/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013r oraz załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 1013r. pkt 24.3.4 ppkt 3) dotyczącym rezonansu magnetycznego |
| 9. | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenia medyczne do obrotu i użytkowania zgodnie z przepisami określonymi w Ustawie o wyrobach medycznych z dn. 20.05.2010 (deklaracja zgodności i certyfikat CE na cały oferowany sprzęt). |
| 10. | Dostarczenie niezbędnych dokumentów i pozwoleń na otwarcie Pracowni zgodnie z obowiązującymi przepisami po zarejestrowaniu komórki w Rejestrze Podmiotow Wykonujących Działalność Leczniczą |

Załącznik nr 3 do umowy nr ..................................

**Załącznik do faktury nr** .......................................

.......................................................................

Pieczęć Podwykonawcy **za miesiąc** ..............................................................

Szpital .......................................................................

(Rydułtowy / Wodzisław Śląski)

**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DATA** BADANIA | **NAZWISKO** PACJENTA | **IMIĘ** PACJENTA | **PESEL** PACJENTA | SZCZEGÓŁOWY  **RODZAJ** BADANIA | **KONTRAST** | **KOMÓRKA** ZLECAJĄCA BADANIE | **LEKARZ** ZLECAJĄCY BADANIE | **POZYCJA**  **W CENNIKU**  DO UMOWY  (Lp.) | **CENA**  [ zł ] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | | | | | | | | | |  |

Załącznik nr 4 do umowy nr ..................................

**Załącznik do faktury nr** .......................................

.......................................................................

Pieczęć Podwykonawcy **za miesiąc** ..............................................................

Szpital .......................................................................

(Rydułtowy / Wodzisław Śląski)

**REZONANS MAGNETYCZNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DATA** BADANIA | **NAZWISKO** PACJENTA | **IMIĘ** PACJENTA | **PESEL** PACJENTA | SZCZEGÓŁOWY  **RODZAJ** BADANIA | **KONTRAST** | **KOMÓRKA** ZLECAJĄCA BADANIE | **LEKARZ** ZLECAJĄCY BADANIE | **POZYCJA**  **W CENNIKU**  DO UMOWY  (Lp.) | **CENA**  [ zł ] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | | | | | | | | | |  |