

**REGULAMIN KONKURSU OFERT**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:

- kwalifikacji do Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
    - udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
  - udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym m. in. kwalifikacje do zabiegów z zakresu okuoplastyki;
    - wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuoplastyki,
    - udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki,
- dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118**

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118  
42-200 Częstochowa  
tel. 34 367 31 04; fax. 34 365 17 56

**II. PRZEDMIOT KONKURSU**

KOD CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne  
KOD CPV: 85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom *Udzielającego Zamówienia*, zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, polegających w szczególności na:

**PORADNIA OKULISTYKI:**

**1) wykonywaniu kwalifikacji do Programu Lekowego” „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), tj.:** wykonywaniu badań diagnostycznych, w tym:

- a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
- b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
- c) fotografia dna oka,
- d) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT,
- e) innych wymaganych w programie.

**2) realizacji Programu Lekowego: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD),** polegającego na wykonywaniu badań diagnostycznych, w tym: ostrości wzroku, ciśnienia wewnątrzgałkowego, badania z oceną dna oka w lampie szczelinowej, OCT i innych wymaganych w programie, a następnie:

- a) przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane w wykonaniem programu;
- b) przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji doszklistkowej anty – VEGF w programie lekowym;
- c) ewentualne zalecenia lekarskie.

**3) udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym m. in.:**

- a) kwalifikacja do zabiegów z zakresu okuloplastyki;
- b) porada po zabiegu z zakresu okuloplastyki.

**ODDZIAŁ OKULISTYKI:**

**1) wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuloplastyki, w tym m.in.:**

- a) korekty powiek, głównie redukcji ich opadania,
  - b) guzy,
  - c) płaty powiekowe,
  - d) zwiotczenia,
  - e) podwinięcia/odwinięcia powiek
- oraz

**2) wykonywaniu innych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia i posiadany kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

**2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych określonych w Rozdziale II Regulaminu Konkursu Ofert odbywać się będzie w:**

- Poradni Okulistyki w wymiarze nie mniejszym niż **16 godzin tygodniowo** oraz
- na Oddziale Okulistyki, w godzinach ordynacji dziennej, w wymiarze nie mniejszym niż **60 godzin miesięcznie**. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Kierownikiem Oddziału Okulistyki po zawarciu umowy.

**3. Udzielający Zamówienia** bezpłatnie udostępni sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do wykonywania w/w badań.

**4. Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do sporządzania stosownej dokumentacji medycznej i statystycznej, w tym wprowadzania danych do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (SMPT), z wyłączeniem rozliczenia z NFZ.

**5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego postępowania** obejmuje czynności służące: zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów *Udzielającego Zamówienia*.

**6. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od daty zawarcia umowy do 28.02.2023r.**

**7. Przedstawiciel Udzielającego Zamówienia** uprawniony do bezpośredniego kontaktowania się z *Oferentami* w sprawie przedmiotu postępowania: Pani Justyna Lewandowska, tel. 34 367 37 14.

**III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.**

**1.** Wykonywanie zamówienia na wymaganym przepisami poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuki medycznej oraz etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, warunkami niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert, postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia*.

**2.** Wydawanie orzeczeń lekarskich, skierowań, opinii i zaświadczeń wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

3. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, ust. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.).
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za dokonywanie zlecenia w zakresie świadczeń zdrowotnych.
5. Ordynowanie produktów leczniczych powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz receptariuszem szpitalnym, obowiązującym u *Udzielającego Zamówienia*.
6. *Przyjmujący Zamówienie*, zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia* a Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym między innymi:
  - monitorowania stanu pacjentów uczestniczących w programie zgodnie z opisem programu;
  - wykonywania wymaganych badań diagnostycznych w terminach określonych w opisach programów;
  - monitorowania stanu pacjentów po wykonanych zabiegach powiekowych.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:
  - a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, potwierdzone odpowiednimi certyfikatami krajowymi lub międzynarodowymi i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
  - b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie okulistyki.
2. *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.
3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.
4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu, w jaki wszedł w ich posiadanie, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s 1) – RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta.

6. W toku realizacji Umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia: Regulaminu Organizacyjnego, innych wewnętrznych regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, procedur i instrukcji m. in. związanych z wdrożonymi standardami akredytacyjnymi oraz funkcjonującym w szpitalu Systemem Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 i przyjętej z tym związanej Polityki SZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

7. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego na umowę o pracę u *Udzielającego Zamówienia*, jego oferta zostanie odrzucona bez rozpatrzenia.

## **V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy do 28.02.2023r.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.

2. Forma składania ofert: pisemna.

3. Rodzaj postępowania konkursowego:

porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty, zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: najniższa cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki (w tym między innymi wykonywanie zabiegów powiekowych) oraz najniższa stawka procentowa brutto wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w Poradni Okulistyki oraz najniższa cena za przyjęcie 1 pacjenta w ramach realizacji Programu Lekowego – **cena 100%**.

4. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

## **VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie i podpisana przez osobę/osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.

2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania *Oferenta* na zewnątrz.

3. Oferta powinna zawierać cenę jednostkową wyrażoną w % oraz cenę jednostkową świadczeń zdrowotnych wyrażoną w złotych, objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

4. Koszt świadczenia zdrowotnego winien być wyrażony w % oraz w złotych polskich i zawierać wszystkie opłaty związane z jego wykonaniem. Koszt dojazdu do obiektu *Udzielającego Zamówienia* ponosi *Przyjmujący Zamówienie*.

5. Każda strona oferty powinna być ponumerowana.

6. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

7. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

### **„Konkurs Ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:**

- kwalifikacji do Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem AMD”;
- udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym m. in. kwalifikacje do zabiegów z zakresu okuloplastyki;
  - wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuloplastyki,
  - udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki,

**dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny  
w Częstochowie przy ul. Białskiej 104/118;**

**Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert,**

**tj.: do dnia 15.02.2022r., do godz. 11:30 - postępowanie nr KO/11/2022”  
z podaniem nazwy i adresu Oferenta.**

**8.** Poza oznaczeniami podanymi powyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres *Oferenta*, aby można było odesłać ofertę w przypadku stwierdzenia, że została złożona po upływie wyznaczonego terminu.

**9.** *Oferent* nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.

**10.** *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**11.** *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

### **VIII. INFORMACJE O OFERCIE**

**1.** Oferta powinna zawierać następujące dokumenty *Przyjmującego Zamówienie*:

- a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz wzorem umowy oraz uzupełnieniem niniejszej umowy, tj.: umową powierzenia przetwarzania danych osobowych,
- b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- c) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- d) Prawo wykonywania zawodu,
- e) Dyplom lekarza,
- f) Dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: II stopień w dziedzinie okulistyki,
- g) Aktualne zaświadczenie lekarskie,
- h) Aktualne zaświadczenie o odbytych kursach BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,
- i) Oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do Formularza Ofertowego,
- j) Oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 3** do formularza Ofertowego,

**k)** Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do formularza ofertowego,

**l)** Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia,

**m)** Polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

**2.** Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność *Przyjmującego Zamówienia* lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania *Przyjmującego Zamówienia*) stanowi podstawę wezwania oferenta przez Komisję do usunięcia braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

**3.** Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 1285 ze zm.).

**4.** Formularz ofertowy stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

## **IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY**

**1.** Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.

**2.** W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie przez *Oferentów* warunków formalnych.

**3.** Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

**4.** *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie, że jeżeli zostanie złożonych kilka ofert zapewniających kompleksowość wykonania zamówienia wówczas o wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje najniższa cena brutto.

**5.** W celu wykonania całości zamówienia, *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru kilku najkorzystniejszych ofert.

**6.** Oferowana cena jednostkowa wyrażona w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i procentach, wskazane w ofercie, powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

**7.** *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie ceny zaoferowanej przez *Przyjmującego Zamówienia* w przypadku złożenia dwóch lub więcej

równorzędnych ofert.

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI**

1. *Oferent* może zwracać się do *Udzielającego Zamówienia* odnośnie wszelkich wątpliwości dotyczących Regulaminu Konkursu Ofert kierując swoje zapytania najpóźniej na 2 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl); kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłyną do *Udzielającego Zamówienia* po godz. 14.00, traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Na pytania, które wpłyną po terminie, *Udzielający Zamówienia* nie ma obowiązku odpowiadać.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym *Oferentom* w formie wskazanej w pkt. X, ppkt. 2 i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

## **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Najświętszej Maryi Panny  
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,  
Kancelaria pok. 3.41 (II piętro) Pawilon D;

**Termin składania ofert: 15.02.2022r. do godz. 11:00**

**Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona *Oferentowi* bez otwierania.**

## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*Oferent* jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

## **XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **15.02.2022r. o godz. 11:30** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.46.**
2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert;
  - b) otwiera koperty z ofertami;
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu;
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu;
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów*;
  - f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
  - g) ogłasza nazwę *Oferenta*, którego oferta została wybrana.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez *Przyjmującego Zamówienie* wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.
4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.
5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienie*: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce *konkursy*.

#### **XIV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.**

1. *Udzielający Zamówienia* zobowiązany jest zawrzeć w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert z *Oferentem*, którego oferta jako najkorzystniejsza została wybrana przez Komisję Konkursową, umowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu oraz uzupełnienie niniejszej umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu.
2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.
3. W przypadku, gdy umowa na świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.
4. Wybrany *Oferent* będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 1285 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.
5. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług, będących przedmiotem konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody *Udzielającego Zamówienia*.

#### **XV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnej objętych przedmiotem niniejszego postępowania ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej *Udzielającego Zamówienia* –Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, w terminie 7 dni od dnia



ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

**8.** Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

**1)** ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r. poz. 711 ze zm.);

**2)** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 1285 ze zm.).

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Zbigniew Bajkowski

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:**

- kwalifikacji do Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
- udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym: m. in. kwalifikacje do zabiegów z zakresu okuloplastyki;
  - wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuloplastyki,  
oraz
  - udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki,  
dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny  
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118

**NAZWA OFERENTA**

.....

**ADRES:**

ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (nr Księgi Rejestrowej):

.....

**STOPIEŃ SPECJALIZACJI\*** .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL\*** .....

**NR KONTA BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

\*jeśli dotyczy

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
- 2) Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:
  - **kwalifikacji do Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (AMD)”;**
  - **udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (AMD)”;**
  - **udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym: m. in. kwalifikacje do zabiegów z zakresu okulooplastyki;**
  - **wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okulooplastyki,****oraz**
  - **udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki,**
- 3) Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy do dnia 28.02.2023r.**
- 4) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

#### **PORADNIA OKULISTYKI:**

- a) ..... % wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w **Poradni Okulistyki – w zakresie kwalifikacji do Programu Lekowego;**
- c) ..... **zł brutto** za przyjęcie **1 pacjenta** (słownie złotych:.....)  
  
..... **w ramach realizacji Programu Lekowego: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (AMD)”.**
- d) ..... % wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w **Poradni Okulistyki – w zakresie udzielania porad ambulatoryjnych, w tym: m. in. kwalifikacji do zabiegów z zakresu okulooplastyki oraz porad po zabiegu z zakresu okulooplastyki;**

#### **ODDZIAŁ OKULISTYKI:**

..... **zł brutto** za **1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych **na Oddziale Okulistyki** (słownie złotych:.....).

5) *Składam ofertę na:*

- **nie mniej niż ..... godzin tygodniowo w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki,**
- **nie mniej niż ..... godzin miesięcznie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistyki.**

**Do oferty dołączam wymagane dokumenty:**

- a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.: wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską, wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- b) wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej (CEIDG), potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;
- c) prawo wykonywania zawodu,
- d) dyplom lekarza,
- e) dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: II stopień w dziedzinie okulistyki,
- f) informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do formularza ofertowego,
- g) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- h) aktualne zaświadczenie o odbytych kursach BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,
- i) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do Formularza Ofertowego,
- j) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 3** do Formularza Ofertowego,
- k) polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

*Oferent*, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego Zamówienia*. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

**a)** Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.

**b)** Zapoznałem się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.

**c)** Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie konkursu ofert, tj.: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

**d)** Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

**e)** Zawarte w Regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.

**f)** Oświadczam, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

**6)** Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

.....  
Miejscowość, data

.....  
*Podpis i pieczęć Oferenta*

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr dyplomu	Data wydania dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu	Organ wydający prawo wykonywania zawodu i data wydania	Stopień specjalności i data uzyskania specjalności	Wymiar zatrudnienia w wymiarze tygodniowym i miesięcznym	Miejsce i okres zatrudnienia	Określenie grupy zawodowej	Wykształcenie*: 1) wyższe medyczne – tytuł magistra; 2) wyższe medyczne – tytuł licencjata; 3) wyższe; 4) średnie; 5) wyższe – tytuł magistra 6) wyższe – tytuł licencjata  <i>*zaznaczyć prawidłowe</i>	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/  Doświadczenie
1.								Poradnia Okulistyki:  Oddział Okulistyki:				