

**Regulamin Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem  
po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał) realizowanej w warunkach stacjonarnych  
dla potrzeb 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.**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał), wykonywanych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z najwyższą starannością, w niżej wymienionym zakresie:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał) realizowanej w warunkach stacjonarnych, w ramach współpracy *Udzielającego Zamówienia i Przyjmującego Zamówienie.***

*Udzielający Zamówienia podpisze umowę/umowy z wybranym/wybranymi Przyjmującym Zamówienie/Przyjmującymi Zamówienie z terenu województwa śląskiego, a w szczególności z miast: Ustroń, Repty, Zabrze, Katowice.*

2. Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) obejmują:

- a) świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz pacjentów *Udzielającego Zamówienia* z zakresu rehabilitacji kardiologicznej zgodnie z warunkami realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), określonymi w Zarządzeniu Nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 03.01.2022r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021r., poz. 265 z późn. zm.).
- b) świadczenia będą wykonywane w komórkach organizacyjnych, w zakładach leczniczych *Przyjmującego Zamówienia*, na rzecz pacjentów *Udzielającego Zamówienia*.
- c) świadczenia będą wykonywane w pomieszczeniach i przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu oraz leków i wyrobów medycznych, spełniających wymagania określone w

odrębnych przepisach prawa.

d) świadczenia wykonywane będą przez personel medyczny posiadający odpowiednie uprawnienia zawodowe i kwalifikacje oraz spełniający wymogi zdrowotne określone dla wykonawcy świadczeń zdrowotnych stanowiący przedmiot konkursu.

**3. Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem w zakresie, w trybie i w terminach wskazanych w przepisach, o których mowa w pkt. a niniejszego Rozdziału, z uwzględnieniem określonego w tych przepisach zakresu świadczeń zdrowotnych, czasu rozpoczęcia oraz czasu trwania świadczeń zdrowotnych – zgodnie z ustalonym dla danego pacjenta planem leczenia.

**5. Udzielający Zamówienia** zastrzega sobie prawo do zmniejszenia lub zwiększenia ilości pacjentów w zależności od potrzeb.

**6. Udzielający Zamówienia** zastrzega sobie w przypadku otrzymania zmniejszonego kontraktu z NFZ prawo do zmniejszenia ilości pacjentów kierowanych do *Przyjmującego Zamówienie*, bez ponoszenia z tego tytułu na rzecz *Przyjmującego Zamówienie* jakichkolwiek kosztów i roszczeń.

**7.** Świadczenie zdrowotne wykonywane będą przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez aktualne wymogi Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) i zgodnie z warunkami umowy.

**8. Maksymalna kwota wynagrodzenia**, jaką *Udzielający Zamówienia* może przeznaczyć na realizację zamówienia będącego przedmiotem konkursu jest obliczona według następujących składników i wynosi:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych wynosi: 100% produktu wskazanego do rozliczenia/wartości osobodnia – zgodnie w wyceną stosowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

**9. Zaoferowanie stawek % wyższych niż określone w pkt. 8 spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z Regulaminem Konkursu Ofert.**

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

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

**2.** Świadczenia usług zdrowotnych będą się odbywać:

a) przy zapewnieniu współpracy *Udzielającego Zamówienia* i *Przyjmującego Zamówienie*, zgodnie z planem leczenia pacjenta,

b) po uzgodnieniu terminu i miejsca wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów *Udzielającego Zamówienia* przez pracownika zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia* na Klinicznym Oddziale Kardiologii, bezpośrednio, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej – z upoważnionym pracownikiem *Przyjmującego Zamówienie*.

c) w terminie określonym w wytycznych Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),

d) na podstawie skierowania prawidłowo wystawionego przez lekarza należącego do personelu *Udzielającego Zamówienia* i zawierającego wszystkie informacje wymagane przepisami prawa, zgodnie z § 3 ust. 3 wzoru umowy.

- e) przez personel medyczny posiadający uprawnienia zawodowe i kwalifikacje oraz spełniający wymogi określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał),
- f) w pomieszczeniach oraz przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach.
- g) *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany będzie do współpracy z *Udzielającym Zamówienia* w celu zapewnienia prawidłowego rozliczania świadczeń medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W szczególności *Przyjmujący Zamówienie* będzie zobowiązany w trakcie trwania umowy do niezwłocznego dostarczania na wezwanie *Udzielającego Zamówienia* wszelkich dokumentów, informacji oraz wyjaśnień niezbędnych do prawidłowego sprawozdania i rozliczenia wykonanych świadczeń zdrowotnych.
3. W trakcie realizacji świadczeń objętych przedmiotem Konkursu Ofert, *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany będzie do:
- a) udostępniania dla każdego pacjenta *Udzielającego Zamówienia* danych statystycznych niezbędnych do prawidłowego rozliczenia udzielonych świadczeń w ramach umowy z NFZ,
- b) powyższe zasady przekazywania danych, określone są we wzorze umowy w § 2 ust. 12, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.
4. Dojazd do *Przyjmującego Zamówienie* w celu odbycia rehabilitacji kardiologicznej i powrót po jej odbyciu do miejsca zamieszkania, leży po stronie pacjenta.

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

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj. podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799 ze zm.), w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia oraz spełniając warunki wskazane w przepisach prawa, w tym m.in. w Zarządzeniu Nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 03.01.2022r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity z 2021r., poz. 265 z późn. zm.).
2. Oferenci 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, doświadczenie tzn. posiadają doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami NFZ.
4. Zatrudniają osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz posiadają odpowiednią aparaturę i urządzenia, umożliwiające prawidłowe, tj.: zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wiedzą i sztuką medyczną wykonywanie przedmiotu Konkursu Ofert.
5. Spełniają wszelkie wymagania na mocy obowiązujących przepisów niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie potencjału osobowego i rzeczowego.
6. Posiadają pomieszczenia spełniające warunki sanitarne zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy obowiązkowego 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.
8. Każda ze Stron, tj: *Udzielający Zamówienia* jak i *Przyjmujący Zamówienie* jako podmioty lecznicze

są Administratorem Danych Osobowych pacjentów i zobowiązują się do przetwarzania danych osobowych pacjentów zgodnie z aktualnymi przepisami RODO i prawem polskim w tym zakresie obowiązującym.

**9. Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do zapewnienia ochrony danych osobowych i medycznych pacjentów *Udzielającego Zamówienia* 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 (t. j. 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 uchylenia 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.

**10. Przyjmujący Zamówienie** zobowiązany jest do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 581 z dnia 16.04.2024r. i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. z Dz. U. z 2024r., poz. 798 oraz dokumentacji statystycznej z uwzględnieniem wymagań ustalonych przez NFZ, a także wyraża zgodę na umieszczenie faktu zawarcia umowy w Portalu Potencjału NFZ Udzielającego Zamówienia.

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

1. Termin realizacji zamówienia: **od daty zawarcia umowy do dnia 30.06.2027r.**, jednak nie dłużej niż do czasu trwania umowy *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszu Zdrowia na przedmiotowe usługi medyczne.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpocznie się po zaakceptowaniu umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE.**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszych ofert wg kryterium – **najniższa cena, tj.: najniższa stawka procentowa za wykonane świadczenia zdrowotne (cena 100%).**
4. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania 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 uprawnioną 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 firmy na zewnątrz.
3. Oferowana cena wyrażona w procentach powinna zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
4. Wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany, winny być paraflowane przez osobę

podpisując ofertę.

5. 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**  
**w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia**  
**sercowego (KOS – zawał) nad pacjentem realizowanej w warunkach stacjonarnych**  
**dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego**  
**im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118**  
**– postępowanie konkursowe nr KO/23/2025**  
**nie otwierać do dnia 22.04.2025r. godz. 12.30 z podaniem nazwy i adresu Oferenta.**

6. 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.

7. Oferent nie może wycofać złożonej oferty po upływie terminu do składania ofert.

8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

9. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych.

10. Zaoferowanie wyższej stawki % niż maksymalna stawka % określona w Regulaminie Konkursu Ofert (Rozdział II, pkt. 8), spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z warunkami Regulaminu Konkursu Ofert.

#### **VIII. WYMAGANE DOKUMENTY, KTÓRE SKŁADA OFERENT**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

- a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminu Konkursu Ofert”,
- b) oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą,
- c) oświadczenie o zaakceptowaniu projektu umowy,
- d) dokument potwierdzający wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: wydruk z Księgi Rejestrowej z datą nie wcześniejszą niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- e) wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (**CEIDG**) lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (**KRS**), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
- f) oświadczenie o posiadanym co najmniej 2-letnim doświadczeniu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnym z przedmiotem konkursu,
- g) oświadczenie, że świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach i przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu oraz leków i wyrobów medycznych spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach prawa,
- h) oświadczenie, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez personel medyczny zatrudniony u *Przyjmującego Zamówienie*, posiadający odpowiednie uprawnienia zawodowe i kwalifikacje, spełniający wymogi określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał),
- i) oświadczenie, że Oferent spełnia wszelkie wymagania na mocy obowiązujących przepisów niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie potencjału osobowego i rzeczowego.
- j) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

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.

- k) wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego. Udzielający Zamówienia zobowiązany będzie do aktualizacji niniejszego wykazu personelu, w przypadku jego zmian.
- l) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji – załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność Oferenta lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem”, brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta) stanowi podstawę wezwania Oferenta przez Komisję Konkursową 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 2024r, poz. 146 ze zm.).

## **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 warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejsze oferty dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg najniższej stawki procentowej – **Cena 100%**
5. Oferowana stawka procentowa (cena) wskazana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania.
6. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do wyboru kilku najkorzystniejszych ofert z zastrzeżeniem zapisów w pkt. 1 Rozdziału II - Przedmiot Konkursu.

## **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 3 dni przed terminem składania ofert na adres *Udzielającego Zamówienia* tylko na piśmie pocztą, pocztą elektroniczną na adres: jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr 34 365 17 56-sekretariat. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej

www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym, niż 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie zamieszczona na stronie internetowej *Udzielającego zamówienie* w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert na każdym jego etapie, przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny.

#### **XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT.**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**

**im. Najświętszej Maryi Panny**

**42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118**

**Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D.**

**Termin składania ofert: 22.04.2025r. do godz. 12.00**

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

#### **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od 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 **22.04.2025r. o godz. 12.30** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.02.**

2. Komisja Konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje następujących czynności:

a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,

b) otwiera koperty z ofertami,

c) ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu,

d) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu,

e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez *Oferentów*,

f) dokonuje analizy ofert i wybiera najkorzystniejszą/najkorzystniejsze ofertę/oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert,

g) ogłasza nazwę *Oferenta/Oferentów*, którego/których oferta/oferty została/zostały wybrana/wybrane oraz nazwy *Oferentów*, których oferty zostały odrzucone.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert *Udzielający Zamówienia* może żądać udzielenia przez *Oferentów* 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 zamieszczając informację na stronie internetowej szpitala: www.szpitalparkitka.com.pl, w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

#### **XIV. 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 do 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 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 do 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

## **XV. 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania o treści stanowiącej Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu. Udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpocznie się po zaakceptowaniu umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo prowadzenia negocjacji w sprawie warunków umowy.

3. W przypadku, gdy umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania, nie zostanie zawarta z winy Oferenta, wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie Cywilnym.

4. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą obowiązującymi w tej materii przepisami prawa 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 (Dz. U. z 2024r., poz. 146 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.

5. Oferent ma obowiązek wykonywać świadczenia samodzielnie i nie może powierzyć ich wykonania podwykonawcom bez zgody *Udzielającego Zamówienia*. Za szkody wyrządzone przez podwykonawców *Przyjmujący Zamówienie* odpowiadać będzie jak za własne działanie lub zaniechanie.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA.**

Niniejsze postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie i zgodnie z przepisami:

- 1)** ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U z 2024r. poz. 799 ze zm.);
- 2)** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. , poz. 146 ze zm.).

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych

Małgorzata Witkowska

**FORMULARZ OFERTY – KO/23/2025**

**Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia  
sercowego (KOS – zawał) nad pacjentem realizowanej w warunkach stacjonarnych  
dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118**

*(Przyjmujący Zamówienie nie może dokonywać żadnych zmian w formularzu oferty)*

**NAZWA OFERENTA:**

.....  
.....

**ADRES:**

ulica ..... nr ..... nr lok. ....

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

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

**Nr Księgi Rejestrowej** .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**Nr konta bankowego** .....

**Adres e-mail:** .....@.....

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

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
- 2) Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem realizowanej w warunkach

stacjonarnych.

- 3) Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy do dnia 30.06.2027r., jednak nie dłużej niż do czasu trwania umowy Udzielającego Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia na przedmiotowe usługi medyczne.**
- 4) Przystępując do konkursu ofert, składam ofertę na:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych: .....% produktu wskazanego do rozliczenia/wartości osobodnia, zgodnie z wyceną stosowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

#### **Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptujemy.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu konkursu ofert”, którą akceptuję.
- 3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.
- 4) Oświadczam, że zawarty w Regulaminie Konkursu Ofert projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 5) Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
- 6) Oświadczam, że posiadam co najmniej 2-letnie doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnym z przedmiotem konkursu.
- 7) Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach i przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu oraz leków i wyrobów medycznych spełniających wymagania określone w odrębnych przepisów prawa.
- 8) Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez personel medyczny zatrudniony u *Przyjmującego Zamówienie*, posiadający uprawnienia zawodowe i kwalifikacje oraz spełniający wymogi określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).
- 9) Oświadczam, że spełniam wszelkie wymagania, na mocy obowiązujących przepisów, niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie potencjału osobowego i rzeczowego.
- 10) Oświadczam, że zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji – zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Ofertowego.

#### **Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:**

- a) aktualny wydruk z Księgi Rejestrowej , wydrukowany nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
- b) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert.
- c) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

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

**d)** wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

**e)** oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

..... dnia .....

**/Miejscowość/ /data/**

.....

**/Pieczęć i czytelny podpis Oferenta/**

**Załącznik nr 2 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*:<br>1) wyższe medyczne – tytuł magistra;<br>2) wyższe medyczne – tytuł licencjata;<br>3) wyższe;<br>4) średnie;<br>5) wyższe – tytuł magistra<br>6) wyższe – tytuł licencjata<br><br>*zaznaczyć prawidłowe | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/<br><br>Doświadczenie |
|------|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.   |                 |       |            |                      |                             |                                                        |                                                    |                                                          |                              |                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| ...  |                 |       |            |                      |                             |                                                        |                                                    |                                                          |                              |                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| ...  |                 |       |            |                      |                             |                                                        |                                                    |                                                          |                              |                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| .... |                 |       |            |                      |                             |                                                        |                                                    |                                                          |                              |                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |

**Podpis, pieczętka Oferenta**

.....