

## REGULAMIN KONKURSU OFERT

**Udzielenie zamówienia na kierowanie zespołem i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania procedur anestezyjologicznych i sprawowania opieki nad chorymi dorosłymi w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118 - Pakiet nr 1 oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7 - Pakiet nr 2**

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity z 2024r., poz. 799)

### **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 postępowania konkursowego jest kierowanie zespołem oraz udzielanie pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur anestezyjologicznych i sprawowania opieki nad chorymi w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118 – Pakiet nr 1 oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w obiekcie przy ul. PCK 7 – Pakiet nr 2, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799) oraz realizacja zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i pełnieniu funkcji kierownika specjalizacji.
2. Miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i kierowania zespołem:
  - a. **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** w obiekcie przy **ul. Bialskiej 104/118**, w zakresie wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i kierowania zespołem;
  - b. **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7**, w zakresie wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i kierowania zespołem oraz **Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla Wentylowanych Mechanicznie przy ul. PCK 7** w zakresie wykonywania procedur anestezyjologicznych, zgodnie z zapotrzebowaniem i harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla Wentylowanych Mechanicznie – dotyczy tylko Pakietu nr 2.

2. Łączny wymiar zatrudnienia wynosi::

- nie mniej niż **średnio około 160 godzin** w miesiącu dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118;
- nie mniej niż **średnio około od 140 do 170 godzin** w miesiącu dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7, w tym **do 22 godzin** w miesiącu wykonywania procedur anestezjologicznych dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla Wentylowych Mechanicznie przy ul. PCK 7, zgodnie z zapotrzebowaniem i harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Wentylowanych Mechanicznie – dotyczy Pakietu nr 2.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowane będzie w dni powszednie, w godzinach **od 07:30 do 15:05 dla Oddziału w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118 i dla Oddziału w obiekcie przy ul. PCK 7 i obejmować będzie również realizację zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy, przy spełnieniu warunków w tym zakresie i pełnieniu przez *Przyjmującego Zamówienie* lub wskazanego przez niego lekarza z zespołu, funkcji kierownika specjalizacji.** Wynagrodzenie za realizację zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym i pełnieniu funkcji kierownika specjalizacji, wypłacane będzie *Przyjmującemu Zamówienie* na podstawie przepisów obowiązujących w tym zakresie oraz zgodnie z umową zawartą przez *Udzielającego Zamówienia* z Wojewodą Śląskim, który przekazuje środki z budżetu państwa na dodatek do wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, nadzorujących szkolenie specjalizacyjne, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności zgodnie z ustawą o zawodach lekarzy i lekarzy dentystów.

4. Zakres godzinowy kierowania Oddziałem i udzielania świadczeń zdrowotnych może być dostosowany do pracy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
5. *Udzielający Zamówienia* nie jest zobowiązany do zlecenia *Przyjmującemu Zamówienie* maksymalnej ilości godzin w okresie obowiązywania umowy.
6. Świadczenie usług medycznych wykonywane będzie przez *Przyjmującego Zamówienie* zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i zgodnie z warunkami umowy.

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

1. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do kierowania zespołem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, poprzez:

- 1) nadzór organizacyjny i merytoryczny zespołu na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej terapii pod względem:
  - a) medycznym,
  - b) administracyjnym,
  - c) gospodarczym,
  - d) właściwego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej,
- 2) całodobowy nadzór nad zapewnieniem realizacji procedur przez podległy personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia we wszystkie dni tygodnia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

2. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych

z zakresu anestezjologii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118 – Pakiet nr 1 oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7 – Pakiet nr 2, w tym między innymi: diagnostyki, terapii i leczenia, orzekania o stanie zdrowia pacjentów i innych wynikających z realizacji umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia, tj.: w zakresie:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – całodobowo, w tym II stopień referencyjności (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118), zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału i zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa
- 2) udzielania konsultacji pacjentom przebywającym na innych Oddziałach Szpitala, w tym Centrum Urazowego, na wezwanie lekarzy tych oddziałów, w terminie niezbędnym dla zachowania ciągłości procesu diagnostyczno – leczniczego z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów, w tym na wezwanie do reanimacji.
- 3) wykonywanie procedur anestezjologicznych na bloku operacyjnym - wykonywanie znieczuleń do zabiegów, zgodnie z planem zabiegów ustalonym przez Kierownika Traktu Operacyjnego oraz zabiegów ponadplanowych i w trybie ostrym w następujących Oddziałach: Chirurgicznym Ogólnym, Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Neurochirurgii, Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Chirurgii Naczyniowej, Okulistyki, SOR oraz Centrum Urazowego.
- 4) wykonywanie procedur anestezjologicznych do zabiegów endoskopowych w Pracowniach Endoskopii w godz. 7:30-15:05, zgodnie z harmonogramem;
- 5) wykonywanie procedur anestezjologicznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
- 6) wykonywanie procedur anestezjologicznych w Zakładzie Radioterapii;
- 7) wykonywanie procedur anestezjologicznych w Pracowni Radiologii Zabiegowej na rzecz Oddziałów: Neurochirurgii i Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Klinicznego Oddziału Neurochirurgii;
- 8) wykonywanie procedur anestezjologicznych dla Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, w tym znieczulanie do porodów, cięć cesarskich;
- 9) wykonywanie procedur anestezjologicznych w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie, zgodnie z zapotrzebowaniem i harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla wentylowanych Mechanicznie – dotyczy Pakietu nr 2.

3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i w nagłych zachorowaniach.

4. *Przyjmujący Zamówienie* przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się także do:

- 1) Kierowania Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii i udzielania świadczeń zdrowotnych z najwyższą starannością, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy i sztuki medycznej, etyką zawodu, w poszanowaniu interesów *Udzielającego Zamówienia* i poszanowaniem interesów i praw pacjenta, ochroną danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami określającymi zasady refundacji leków i prowadzenia dokumentacji medycznej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i umowami zawartymi przez *Udzielającego Zamówienia* oraz postanowieniami niniejszej umowy.

- 2) Nadzoru nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz nadzór nad prowadzeniem dokonywania wymaganej sprawozdawczości statystycznej.
  - 3) Nadzoru i przestrzegania wszystkich wewnątrzzakładowych aktów prawnych, instrukcji i zarządzeń obowiązujących u *Udzielającego Zamówienia*, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych objętych przedmiotem niniejszej umowy.
  - 4) Nadzoru nad przekazywaniem *Udzielającemu Zamówienia* danych niezbędnych do dokonania rozliczeń wykonanych świadczeń z NFZ.
  - 5) Udzielanie konsultacji lekarskich w danej specjalizacji na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.
5. *Przyjmujący Zamówienie* oświadcza, iż zna określone przez NFZ warunki szczegółowe udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie, jak również przepisy dotyczące zasad refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

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

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, tj.: jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu art. 5 ust. 2 pkt. 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 20245r., poz. 799) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia lub jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, o której mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799).

Konkurs kierowany jest wyłącznie do indywidualnych osób prowadzących działalność gospodarczą, zgodną z przedmiotem zamówienia i spełniających warunki zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą być uprawnione do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowane we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP i posiadają uprawnienia do świadczenia usług objętych przedmiotem umowy.

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 i określone w Rozdziale VIII niniejszego Regulaminu.

4. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń medycznych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u *Udzielającego Zamówienia*, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz rozwiąże umowę o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

6. Posiadanie tytułu specjalisty (II<sup>o</sup> specjalizacji) w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

7. *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 (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.

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

1. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 13 m-cy.**

## **VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.
2. Forma składania ofert: pisemna.
3. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
4. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryteriami oceny ofert, tj.:

**1) Cena: waga kryterium 40% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 40)**

***Uwaga: Cena oferty zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna zaoferowanych cen jednostkowych.***

Cena obliczana wg wzoru:

$$\text{Cena oferty} = \frac{\text{Cena najniższej oferty}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 40$$

**2) Doświadczenie zawodowe, tj.: posiadany staż pracy po uzyskaniu specjalizacji: waga kryterium 40% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 40)**

- a) Staż pracy 3 – 10 lat - 10 pkt.
- b) Staż pracy powyżej 10 lat - 40 pkt.**

$$\text{Kwalifikacje} = \frac{\text{Ilość uzyskanych punktów}}{\text{Maksymalna ilość punktów 40}} \times 40$$

**3) Posiadanie doświadczenie w zakresie kierowania zespołem: waga kryterium 20% (maksymalna ilość pkt. do uzyskania wynosi 20)**

- a) nie posiada doświadczenia - 0 pkt
- b) posiada doświadczenie mniejsze niż 5 lat- 10 pkt.
- c) posiada co najmniej 5 – letnie doświadczenie – 20 pkt.

$$\begin{array}{r} \text{Ilość uzyskanych punktów} \\ \text{Posiadane doświadczenie} = \text{-----} \times 20 \\ \text{Maksymalna ilość punktów 20} \end{array}$$

**VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY** – zgodnie z wymogami określonymi w „Regulaminie Konkursu Ofert”, tj.:

- 1. Oferta winna być sporządzona w języku polskim, napisana czytelnym pismem ręcznym przy użyciu nieścieralnego atramentu, komputerowo lub na maszynie do pisania i podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu *Oferenta*.
- 2. Oferta winna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności tzn. oryginały aktualnych dokumentów lub uwierzytelnione przez osoby do tego uprawnione kserokopie aktualnych dokumentów.  
Kopie dokumentów mogą także zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę podpisującą ofertę.
- 3. **Oferta powinna zawierać kwotę wynagrodzenia za 1 godzinę udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz miesięczną ryczałtową kwotę za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału.** Wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia oraz realizacją przedmiotu zamówienia.
- 4. Wszystkie miejsca, w których *Oferent* naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
- 5. *Oferent* winien zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która będzie zaadresowana na *Udzielającego Zamówienia*. Koperta powinna ponadto posiadać następujące oznaczenie:

**„Udzielenie zamówienia na kierowanie zespołem i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania procedur anestezjologicznych i sprawowania opieki nad chorymi dorosłymi w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118 - Pakiet nr 1 oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7 – Pakiet nr 2  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 – KO/112/2024**

**PAKIET NR .....**

***Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 29.11.2024r., godz. 10:15”***

- 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 oferty po upływie terminu do składania ofert.
8. *Oferent* ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
9. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.
10. *Udzielający Zamówienia* nie dopuszcza składania ofert częściowych w obrębie pakietu.

## **VIII. INFORMACJE O OFERCIE**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: aktualny odpis ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych, tj. :
  - c.1. prawo wykonywania zawodu,
  - c.2. dyplom lekarza,
  - c.3. dyplom uzyskania tytułu specjalisty (II<sup>o</sup> specjalizacji) w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania 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.

*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.
- e) 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,
- f) dokument potwierdzający co najmniej 3 - letni staż pracy po egzaminie specjalizacyjnym II<sup>o</sup> stopnia- *oświadczenie Oferenta lub zaświadczenie z zakładu pracy*,
- g) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- h) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem,
- i) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem 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 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).

4. Wzór oferty zawiera 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 warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia*, tj.: zgodną z przyjętymi kryteriami i z największą ilością punktów.
4. Oferowana cena wskazana w ofercie musi zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania.
5. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, *Udzielający Zamówienia* może przyjąć tę ofertę, jeżeli Komisja Konkursowa stwierdzi, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej 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, pocztą lub pocztą elektroniczną na adres; jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl lub faksem na nr tel.: 034 365 17 56. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00.
2. Pisemne odpowiedzi *Udzielający Zamówienia* umieszcza na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://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 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom w formie wskazanej w pkt. X, pkt. 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. 3.42 (II piętro) Pawilon D**

**Termin składania ofert: 29.11.2024r. do godz. 10:00**

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.



## **XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

*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 **29.11.2024r. o godz. 10:15** 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 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 *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 o rozstrzygnięciu postępowania na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl) w zakładce konkursy.

## **XIV. PROTESTY I ODWOŁANIA**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o kierowanie zespołem i udzielanie 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 kierowanie zespołem i udzielanie świadczeń medycznych 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. Informację 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 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń medycznych do czasu jego rozpatrzenia.

## **XV. UMOWA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA KIEROWANIE ZESPOŁEM ORAZ SPECJALISTYCZNE ŚWIADCZENIA MEDYCZNE**

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 oraz uzupełnienie w/w umowy, tj.: umowę powierzenia danych osobowych o treści stanowiącej Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. W przypadku, gdy umowa na kierowanie zespołem i 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.
3. 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146) w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z NFZ.
4. *Oferent* jest zobowiązany do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego postępowania i nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

## **XVI. TRYB POSTĘPOWANIA**

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

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

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie  
Łukasz Połatyński

**FORMULARZ OFERTOWY – KO/112/2024**

Konkurs ofert na udzielenie zamówienia na kierowanie zespołem  
i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii  
w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118**  
oraz w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7**

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie,  
zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej  
(tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 799)

**NAZWA OFERENTA:**

.....

**ADRES:**

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

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność  
leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru .....

**NIP** .....

**REGON** .....

**PESEL** .....

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU NR** ..... z dnia .....

**SPECJALIZACJA** .....

**NR RACHUNKU BANKOWEGO** .....

**Telefon kontaktowy** .....

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

1. Przystępując do konkursu ofert na kierowanie zespołem i specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.

**PAKIET NR 1\* Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Bialskiej 104/118**

a) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

b) Oferuję miesięczną ryczałtową kwotę za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. Bialskiej 104/118

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

c) Łączny wymiar zatrudnienia:

..... godzin w miesiącu, w tym realizacja zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy, przy spełnieniu warunków obowiązujących w tym zakresie.

d) Doświadczenie zawodowe- staż pracy po uzyskaniu specjalizacji ..... lat.

e) Posiadam doświadczenie w zakresie kierowania zespołem ..... lat.

**PAKIET NR 2\* Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7**

a) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

b) Oferuję miesięczną ryczałtową kwotę za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. PCK 7

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....).

c) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

w wysokości ..... zł brutto

(słownie złotych: .....)

za wykonywanie procedur anestezjologicznych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie.

d) Łączny wymiar zatrudnienia:

..... godzin w miesiącu, w tym realizacja zadań polegających na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy, przy spełnieniu warunków obowiązujących w tym zakresie, w tym do ..... godzin w miesiącu wykonywania procedur anestezjologicznych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie, zgodnie z zapotrzebowaniem i harmonogramem ustalonym z Kierownikiem Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego.

e) Doświadczenie zawodowe- staż pracy po uzyskaniu specjalizacji - ..... lat.

f) Posiadam doświadczenie w zakresie kierowania zespołem - ..... lat.

*\* niepotrzebne skreślić (w zależności na jaki pakiet składana jest oferta)*

2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, które akceptuję.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którą akceptuję.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
6. Oświadczam, że zawarte w Regulaminie Konkursu Ofert projekty umów zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
7. Oświadczam, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

**Do oferty załączam wymagane dokumenty:**

- a) oświadczenie *Oferenta* o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert”.
- b) dokument potwierdzający wpis *Oferenta* do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa oraz wydruk z ewidencji działalności gospodarczej CEIDG, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od terminu składania ofert.
- c) dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osoby, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych, tj. :
  - c. 1. prawo wykonywania zawodu,
  - c. 2. dyplom lekarza,
  - c. 3. dyplom uzyskania specjalizacji (II<sup>o</sup>) w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
  - c. 4. dokument potwierdzający posiadanie doświadczenia w zakresie kierowania zespołem – oświadczenie *Oferenta* lub zaświadczenie/nia z zakładów pracy (jeśli dotyczy),
  - c. 5. dokument potwierdzający co najmniej 3 letni staż pracy po egzaminie specjalizacyjnym II<sup>o</sup> - oświadczenie *Oferenta* lub zaświadczenie/nia z zakładów pracy;
- d) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez *Oferenta* umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania 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.
- e) aktualne zaświadczenie lekarskie.
- f) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem.
- g) dane lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne w formie wykazu ze wskazaniem m. in. numeru prawa wykonywania zawodu, nr dyplomu, uzyskanej specjalizacji i posiadanymi kwalifikacjami, zgodnie z załączonym wzorem do formularza ofertowego.
- h) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- i) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

..... dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
podpis i pieczęć *Oferenta*

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - Pakiet nr 1 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy  
ul. Bialskiej 104/118**

*Załącznik 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><i>*zaznaczyć prawidłowe</i> | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/<br><br>Doświadczenie |
|-----|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|----------------------------|--|---|
| 1.  |                 |       |            |                      |                             |  |  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;<br>.....<br>godz./tyg.<br><br>.....<br>godz./m-c |                              |                            |  |   |

.....  
Pieczętka , podpis Oferenta

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - Pakiet nr 2 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy  
ul. PCK 7**

**Załącznik 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><i>*zaznaczyć prawidłowe</i> | Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/<br><br>Doświadczenie |
|-----|-----------------|-------|------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|----------------------------|--|---|
| 1.  |                 |       |            |                      |                             |  |  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;<br>..... godz./tyg.<br>.....<br>godz./m-c<br><br>Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Wentylowanych Mechanicznie<br>.....<br>godz./tyg.<br>.....<br>godz./m-c |                              |                            |  |   |

.....  
Pieczętka , podpis Oferenta