

Częstochowa, 14.05.2015r.

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118
udziela odpowiedzi na pytania,
które wpłynęły do Udzielającego Zamówienie
w związku z ogłoszonym
Konkursem Ofert na udzielenie przez lekarzy
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki nad chorymi,
wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Onkologicznej
z Pododdziałem Chorób Piersi,
udzielania porad w Poradni Schorzeń Piersi,
oraz Poradni Chirurgii Onkologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Bialskiej 104/118.**

Pytanie nr 1.

Czy Udzielający Zamówienie dopuszcza wykonanie procedury medycznej tylko przez operatora?
Jaką maksymalną kwotę wynagrodzenia Udzielający Zamówienia może przeznaczyć na realizację tej procedury? (w procentach)

Odpowiedź na pytanie nr 1.

Udzielający Zamówienia dopuszcza wykonanie procedury medycznej tylko przez jednego operatora za maksymalną kwotę wynagrodzenia w wysokości **20 %** brutto wartości wykonanej procedury medycznej.

Pytanie nr 2.

Czy Udzielający Zamówienie dopuszcza w Pakiecie nr 2 rozszerzenie świadczeń w zakresie: „świadczenia w zakresie pogłębionej diagnostyki – Program Wczesnego wykrywania Raka Piersi”?

Odpowiedź na pytanie nr 2.

Udzielający Zamówienia **dopuszcza rozszerzenie zakresu świadczeń w PAKIECIE NR 2** o świadczenia wykonywane w zakresie „Programu profilaktyki raka piersi – etapu podstawowej i pogłębionej diagnostyki”, **z jednoczesnym zwiększeniem o 2 godziny wymaganego łącznego tygodniowego wymiaru zatrudnienia** w Poradni Schorzeń Piersi WSzS im. NMP i przy **niezmienionej maksymalnej kwocie wynagrodzenia** określonej w **PAKIECIE NR 2**.

W ZAŁĄCZENIU TREŚĆ FORMULARZA OFERTOWEGO PO ZMIANACH:

FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs Ofert
na udzielenie przez lekarzy
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania opieki nad chorymi,
wykonywania procedur w Oddziale Chirurgii Onkologicznej
z Pododdziałem Chorób Piersi,
udzielania porad w Poradni Schorzeń Piersi,
oraz Poradni Chirurgii Onkologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Białskiej 104/118,**

zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej
(Dz. U. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

NAZWA OFERENTA

.....
.....

ADRES

ulica nr

Kod pocztowy : Miejscowość:

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność
leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

.....

NIP

PESEL*

REGON

Telefon kontaktowy

1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferujemy/-ję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
2. Proponowane miesięczne wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne:

PAKIET NR 1- ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHORÓB PIERSI*

- 1)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako operator w zespole jednoosobowym, podlegającej rozliczeniu według aktualnego wykazu JGP, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ;
- 2)..... % brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole dwuosobowym, podlegającej rozliczeniu według aktualnego wykazu JGP, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ;
- 3)..... % brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole trzyosobowym, podlegającej rozliczeniu według aktualnego wykazu JGP, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ;
- 4) % brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako asysta w zespole dwuosobowym, podlegającej rozliczeniu według aktualnego wykazu JGP, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ;
- 5) % brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie dla każdego z dwóch asystentów w zespole trzyosobowym, podlegającej rozliczeniu według aktualnego wykazu JGP, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja
- chirurgia onkologiczna- hospitalizacja- pakiet onkologiczny

PAKIET NR 2- PORADNIA SCHORZEŃ PIERSI*

- 1) zł brutto za każdy punkt od porady udzielonej w Poradni Schorzeń Piersi, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej
- świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna,
- świadczenia w zakresie „Programu profilaktyki raka piersi- etap podstawowej i pogłębionej diagnostyki.

PAKIET NR 3- PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ*

- 1)..... zł brutto za każdy punkt od porady udzielonej w Poradni Chirurgii Onkologicznej, prawidłowo sprawozdanej do rozliczenia i zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej
- świadczenia zabiegowe w chirurgii onkologicznej – zakres skojarzony
- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna.

3. Oświadczam/-y, że w przypadku wyboru mojej oferty z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego konkursu lekarze, którzy są zatrudnieni u Udzielającego zamówienia, za pośrednictwem których będą realizowane usługi rozpoczną oni urlop bezpłatny u Udzielającego Zamówienia z możliwością odwołania pracownika w czasie jego trwania.

4. Oświadczam/-y, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, które akceptuję/ -y.
5. Oświadczam/ -y, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert.
6. Oświadczam/ -y, że uważam/ -y się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert.
7. Oświadczam/-y, że zawarty w Regulaminie Konkursu Ofert projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.

Do oferty dołączam/-y wymagane dokumenty, tj.:

- a) wydruk lub kopię z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej niż 6-mcy przed terminem składania ofert;
- b) kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (kopię wpisu do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską);
- c) kopię dyplomu lekarza;
- d) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza;
- e) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji;
- f) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy 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, a w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne;
- g) wykaz lekarzy zabezpieczających świadczenia zdrowotne ze wskazaniem numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji. (dot. podmiotu leczniczego).

Ofertę niniejszą składam/ -y na kolejno ponumerowanych stronach.

Załączniki do oferty:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

.
. .
. .

..... dnia

/miejscowość/

/data/

.....
/czytelny podpis Oferenta/

**niepotrzebne skreślić*