KO/75/2025 Częstochowa, dnia 21.11.2025r.

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie przez lekarzy specjalistów specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur zabiegowych, ortopedycznych i sprawowania opieki nad chorymi na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z siedzibą 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. Udzielający Zamówienia zleca zapewnienie całodobowej specjalistycznej opieki lekarskiej **8 lekarzom specjalistom** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w **Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** (w ramach ordynacji dziennej, dyżurów lekarskich, wykonywania zabiegów) **i Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ulicy Bialskiej104/118,** zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie:

a. **na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, zapewniającym udzielanie świadczeń zdrowotnych **całodobowo** przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

   Świadczenie zdrowotne polegające na świadczeniu „Lekarskiego dyżuru medycznego" realizowane będą jako dyżur zwykły lub świąteczny, przy czym:

   a) za dyżur zwykły uznaje się dyżur pełniony od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. 15:05 do 7:30 dnia następnego.

   b) za dyżur świąteczny uznaje się dyżur pełniony w soboty, niedziele, święta oraz w dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:30 do godziny 07:30 dnia następnego.

b. **w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** – zgodnie z harmonogramem, ustalonym przez Kierownika Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

3. Udzielanie świadczeń z w/w zakresu powinno odbywać się zgodnie z wymiarem zatrudnienia zgłoszonym przez *Udzielający Zamówienia* do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Potencjału.
4. Okres obowiązywania umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych – **od daty zawarcia umowy na okres 36 m-cy.**
5. Informacje dotyczące wartości umowy zawartej przez *Udzielającego Zamówienia* z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie zostaną udostępnione Oferentom na ich prośbę.
6. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do 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.
7. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązuje się do prowadzenia terminowo, dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej (również w formie elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wymogami obowiązującymi u *Udzielającego Zamówienia* oraz prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej. W szczególności obejmuje to wprowadzanie protokołów operacyjnych wraz z kodami wykonanych procedur do systemu komputerowego *Udzielającego Zamówienia*. Udostępnienie dokumentacji medycznej przez *Przyjmującego Zamówienie* osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta oraz z zasadami ustalonymi przez *Udzielającego Zamówienia.*
8. 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 norm 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, ppoż. oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.
9. *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 2018r. 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* zobowiązuje się do udzielania specjalistycznych konsultacji lekarskich na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej *Udzielającego Zamówienia*.
11. *Przyjmujący Zamówienie* zobowiązany jest do wydawania pacjentom e-recept oraz wydawania orzeczeń lekarskich, e-skierowań, opinii, zaświadczeń, w tym e-zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.
12. Kierownik Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wskaże spośród lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, realizujących w jego imieniu przedmiot umowy - osoby, które realizować będą zadania polegające na szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i pełnić będą funkcję 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.
13. *Przyjmujący Zamówienie* ponosi koszty dojazdu do miejsca udzielania świadczeń *Udzielającego Zamówienia*.

III. 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 2025r., poz. 450 ze zm.) w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia lub jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, o której mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 450 ze zm.).
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, 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.

IV. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 36 m-cy.**

V. 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: **najniższe zaoferowane stawki godzinowe i najniższe stawki % (Cena 100%).**
5. *Udzielający Zamówienia* dopuszcza składanie ofert częściowych.

VI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta winna być napisana w języku polskim, ręcznie za pomocą nieścieralnego atramentu, na komputerze lub maszynie do pisania pod rygorem nieważności 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.
3. Oferta powinna zawierać stawkę godzinową oraz stawkę wyrażoną w %, według której obliczane będzie miesięczne wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem niniejszego zamówienia. Zaoferowane wynagrodzenie wskazane w ofercie powinno zawierać wszystkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia, z wyłączeniem kosztów materiałowych.
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:

„Konkurs Ofert na udzielanie przez lekarzy
specjalistów specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie
wykonywania procedur zabiegowych, ortopedycznych i sprawowania opieki nad chorymi
na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Poradni Ortopedii
i Traumatologii Narządu Ruchu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118,
nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: 28.11.2025r. przed godz. 12:30"
z podaniem nazwy i adresu Oferenta
POSTĘPOWANIE KONKURSOWE NR KO/75/2025

7. 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.
8. Oferent nie może wycofać oferty po upływie terminu do składania ofert.
9. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

VII. INFORMACJE O OFERENCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

a. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i „Regulaminem Konkursu Ofert",

b. oświadczenie Oferenta o związaniu niniejszą ofertą;

c. oświadczenie o zaakceptowaniu projektów umów;

d. dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

e. dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, wydrukowany nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

f. dokumenty potwierdzające, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, uprawnienia i kwalifikacje osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, tj.:

- dyplom lekarza;
- prawo wykonywania zawodu;
- dyplom uzyskania specjalizacji;

g. 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.
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.

h. aktualne zaświadczenie lekarskie.

i. aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.

j. wykaz lekarza zabezpieczającego świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;

k. oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego;

l. oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

ł. oświadczenie o niekaralności, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do formularza ofertowego.

m) dokument potwierdzający posiadanie aktualnych uprawnień w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta lub oświadczenie o obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

2. Brak wymaganych dokumentów, mających potwierdzić wiarygodność Oferenta, złożenie dokumentów w niewłaściwej formie, stanowi podstawę odrzucenia oferty przez Komisję Konkursową.
3. 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.
4. Oferta może zostać odrzucona także w przypadkach wskazanych w art. 149 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2025r., poz. 1461).
5. W przypadku wyboru oferty złożonej przez pracownika *Udzielającego Zamówienia*, pracownik ten z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, nie będzie związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia.*
6. Wzór oferty zawiera załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

VIII. 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 ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych, tj.: najniższej ceny za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych oraz stawkę % **(Cena 100%).**
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru kilku najkorzystniejszych ofert w celu wykonania całości zamówienia.
6. Komisja Konkursowa ma prawo wyboru kilka najkorzystniejszych ofert, a podział godzin udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy Oferentów określi Komisja Konkursowa, tzn. każdemu z Oferentów zostanie przydzielona ilość godzin wynikająca ze złożonych ofert, przy czym kryterium decydującym będzie najniższa cena brutto.
7. Najniższa cena brutto zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych obliczona z zaoferowanych cen jednostkowych oraz stawki wyrażonej w %.
8. W przypadku, gdy wybrane oferty nie zapewnią wykonania zamówienia, wówczas *Udzielający Zamówienia* ma prawo ogłosić kolejne postępowanie w celu uzupełnienia brakującej części zamówienia.
9. Oferowane ceny jednostkowe brutto wyrażone w złotych i w % wskazane w ofercie powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
10. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie cen zaoferowanych przez *Przyjmującego Zamówienie*.

IX. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

1. *Przyjmujący Zamówienie* 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 34 365 17 56. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłyną po godzinie 14.00 są traktowane jakby wpłynęły następnego dnia. 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 w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do dokonania 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 na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i będzie dla nich wiążąca.
5. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny, na każdym jego etapie.

X. 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: 28.11.2025r. do godz. 12:00.

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

XII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT i ICH OCENY

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **28.11.2025r. 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 nazwy *Oferentów*, których oferty zostały wybrane.

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.

XIII. 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 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 zamieszczenia 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.

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 udzielanie 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 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. Oferent nie może powierzyć, bez zgody *Udzielającego Zamówienia*, wykonywania przedmiotu umowy podmiotom lub osobom trzecim niewyłonionym w niniejszym postępowaniu.

XV. 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 2025r., poz. 450 ze zm.).
2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 1461).

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
Beata Pochodnia

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY – KO/75/2025

Konkurs Ofert
na udzielanie przez lekarzy specjalistów
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie
wykonywania procedur zabiegowych, ortopedycznych i sprawowania opieki nad chorymi
na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Poradni Ortopedii
i Traumatologii Narządu Ruchu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.
Najświętszej Maryi Panny z siedzibą
w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.
zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej
(tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 450 ze zm.).

NAZWA OFERENTA

……..

……

ADRES

ulica …….. nr ……..

Kod pocztowy : …….. Miejscowość: ……..

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

……

Nr wpisu do rejestru:

……..

STOPIEŃ i RODZAJ SPECJALIZACJI: ……..

NIP ……..

REGON ……..

KRS*/ CEIDG* ……..

Nr konta bankowego ……

Telefon kontaktowy ……..

Adres e-mail: ……

*jeśli dotyczy**

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 wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne:

A) Oferuję wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych **w Poradni** Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w wysokości:

.....**%** brutto wartości wykonanej procedury medycznej, przy czym za wartość procedury medycznej rozumie się iloczyn ilości punktów przypisanych danej procedurze i ceny jednostkowej punktu, określonej przez NFZ, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danym okresie rozliczeniowym. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.

B) Oferuję wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach **ordynacji dziennej w Oddziale** Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w wysokości:

…….. zł brutto (słownie złotych: ……..).

C) Oferuję wynagrodzenie za wykonane zabiegi operacyjne:

.....**%** wartości brutto od wykonanej procedury medycznej **(1 zabiegu)** dla głównego operatora na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q05- COBJwDL - Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ + świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu.
Przy obliczeniu wynagrodzenia nie uwzględnia się produktów rozliczeniowych w zakresie żywienia i krwi- zgodnie z określonym przez NFZ wykazem produktów do sumowania.

D) Oferuję wynagrodzenie za pełnienie lekarskich dyżurów medycznych:

1) …… zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w ramach dyżuru od godz. **15:05 do godz. 7:30** dnia następnego w dni powszednie przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu – ***dotyczy podwójnej obsady lekarskiej na dyżurze;***

2) …… zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w ramach dyżuru od godz. **7:30** do godz. **7:30** dnia następnego w soboty niedziele i święta przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii

ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu – ***dotyczy podwójnej obsady lekarskiej na dyżurze;***

3) …….. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w ramach dyżuru od godz. **15:05 do godz. 7:30** dnia następnego w dni powszednie przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu - ***dotyczy pojedynczej obsady lekarskiej na dyżurze;***

4) ……. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w ramach dyżuru od godz. **7:30 do godz. 7:30** dnia następnego w soboty niedziele i święta przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu - ***dotyczy pojedynczej obsady lekarskiej na dyżurze;***

5) …….. zł brutto za 1 godzinę **pozostawania w gotowości** przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w dni powszednie, od godz. **15:05 do godz. 7:30** dnia następnego - ***dotyczy pojedynczej obsady lekarskiej na dyżurze*;**

6) …….. zł brutto za 1 godzinę **pozostawania w gotowości** przez **lekarza specjalistę** w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w soboty niedziele i święta, w godz. **od 7:30 do godz. 7:30** dnia następnego - ***dotyczy pojedynczej obsady lekarskiej na dyżurze;***

7) …….. zł brutto dodatek do dyżuru za wykonywanie zadań **„KIEROWNIKA DYŻURU".**

Przyjmujący Zamówienie, w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych może otrzymać za ten sam czas tylko jeden składnik wynagrodzenia, tj.: wykonując zabieg podczas ordynacji dziennej, otrzymuje wynagrodzenie za procedurę zabiegową nie otrzymując jednocześnie wynagrodzenia godzinowego z tytułu ordynacji dziennej. Czas wykonania zabiegu liczy się od rozpoczęcia zabiegu do zakończenia zabiegu, zgodnie z czasem określonym w systemie informatycznym AMMS.
Zapis powyższy stosuje się również odpowiednio do wykonywania zabiegu w trakcie pełnienia dyżuru medycznego.
W takim przypadku Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do odliczenia godzin ordynacji dziennej lub godzin pełnienia dyżuru na czas trwania zabiegu.

E) Oferuję **wymiar zatrudnienia** obejmujący udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu **w ramach ordynacji dziennej:**

a) minimum ……. godzin w miesiącu.

F) Oferuję **wymiar zatrudnienia** w ramach **pełnienia lekarskich dyżurów medycznych:**

a) minimum ……. godzin w miesiącu.

G) Oferuję **wymiar zatrudnienia w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu:**

a) minimum …… godzin w tygodniu.

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".

3) Oświadczam, że uważam się związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w „Regulaminie Konkursu Ofert", tj: 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

4) Oświadczam, że 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*.

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

Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:

a) dokument potwierdzający wpis Oferenta do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,

b) dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, wydrukowane nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,

c) kopię dyplomu lekarza,

d) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,

e) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji,

f) aktualne zaświadczenie lekarskie,

g) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP,

h) wykaz lekarza zabezpieczającego świadczenia zdrowotne ze wskazaniem m.in. numeru prawa wykonywania zawodu i posiadanych kwalifikacji, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;

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 OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy. W przypadku braku aktualnej polisy OC na dzień składania ofert oświadczam, że będę posiadał aktualną polisę OC w dniu podpisania umowy.

l) oświadczenie o niekaralności, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do formularza ofertowego.

m) dokument potwierdzający posiadanie aktualnych uprawnień w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta lub oświadczenie o obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, według wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego.

…… dnia ……

/Miejscowość/ **/data/**

Załącznik do formularza ofertowego

…… dnia ……..

OŚWIADCZENIE

……
Imię i nazwisko lekarza

Oświadczam, że:

- przeciwko mnie nie toczy się na żadnym etapie postępowanie dyscyplinarne, ani nie ciąży na mnie żadne orzeczenie sądu dyscyplinarnego samorządu, do którego należę;
- przeciwko mnie nie toczy się na żadnym etapie postępowanie karne, ani nie ciąży na mnie żadne orzeczenie sądu powszechnego lub szczególnego.

……..
/Pieczątka i podpis Oferenta/

Załącznik do formularza ofertowego

Częstochowa, dnia ……

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy obowiązku uzyskania 20 punktów szkoleniowych w dziedzinie ochrony radiologicznej i bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta – w okresie od 01.09.2024r. do 01.09.2029r. i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentu świadczącego o dopełnieniu powyższego obowiązku.

……
Podpis lekarza

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH *Załącznik do Formularza Ofertowego*

w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Imię i nazwisko .....

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 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 **zaznaczyć prawidłowe*	Kompetencje wraz z datą ich uzyskania/ Doświadczenie
1.								**Oddział Ordynacja dzienna** Miesięcznie: Tygodniowo: **Poradnia:** Tygodniowo: Miesięcznie **Dyżury medyczne** Miesięcznie: Tygodniowo				

Podpis lekarza .....