KO/42/2026 Częstochowa, dnia 03.09.2026r.

Regulamin Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
na Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
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. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych **na Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki** Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, **w wymiarze średnio około 120 godzin miesięcznie, tj.: 30 godzin tygodniowo**, na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie Konkursu Ofert i w zawieranej umowie.

2. Koszt dojazdu do siedziby Udzielającego Zamówienia ponosi Przyjmujący Zamówienie.

3. Udzielający Zamówienia zapewnia sprzęt i pomieszczenia do udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

4. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy do dnia 31.01.2027r.**

5. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych będzie odbywać się:

a) na Oddziale Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ulicy Bialskiej 104/118, w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia:

1) w dni powszednie od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym między godziną 8:00 do 15:35,
2) w dni powszednie od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym między godz. 15:35 do 8:00 dnia następnego oraz
3) w soboty, niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy w godzinach w przedziale czasowym od 8:00 do 8:00 dnia następnego
4) w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego,

- w wybrane dni tygodnia, w tym w ramach interwencji lekarskich dla pacjentów po przeprowadzonych zabiegach chirurgicznych, na wezwanie Udzielającego Zamówienia oraz gotowość do dyżuru w związku z pełnionym nadzorem nad lekarzem bez specjalizacji w przypadku gdy dyżur stacjonarny w Oddziale pełni lekarz bez specjalizacji wymagający takiego nadzoru.

b) w Poradni Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ulicy Bialskiej 104/118, w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia, w tym między innymi realizacja świadczeń ambulatoryjnych

w trybie nagłym (stany nagłe), wykonywanie wizyt kwalifikacyjnych do zabiegu chirurgicznego, wykonywanie kontrolnych porad specjalistycznych po zabiegu operacyjnym, w dni powszednie od poniedziałku do piątku, w tym również realizacja świadczeń zdrowotnych co najmniej 1 dzień w tygodniu w godzinach od 15:00 do 20:00. Szczegółowy zakres godzinowy zostanie określony po złożonej ofercie i zakończonym postępowaniu konkursowym.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest ustalić wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych określonych w ust. 5 z Kierownikiem Oddziału, przy uwzględnieniu personelu medycznego zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia oraz limitu finansowego określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Oddziału Okulistyki i dla Poradni Okulistyki.

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

8. 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 (tekst jednolity 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.

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

III. ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE.

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

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

3. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, pkt. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2026r., poz. 156 ze zm.).

IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE.

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się *Oferenci* wykonujący działalność leczniczą wymienioną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 156 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie okulistyki oraz dokument potwierdzający odbyte szkolenie w zakresie wykonywania chirurgii witreoretinalnej- *jeśli dotyczy.*

c) udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania operacji chirurgicznych*:*

- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji- *jeśli dotyczy;*
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych witrektomii tylnej- *jeśli dotyczy.*
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów powiekowych- *jeśli dotyczy.*

d) posiadają niezbędna wiedzę i doświadczenie w wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: II stopień specjalizacji w dziedzinie okulistyki.

2. Oferenci wykonujący działalność leczniczą muszą być uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, tzn. są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie w prowadzeniu działalności objętej konkursem, oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia 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.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, niezależnie od sposobu, w jaki wszedł w ich posiadanie.

6. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia, w przypadku wyboru jego oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz ten rozpocznie urlop bezpłatny u Udzielającego Zamówienia z możliwością odwołania pracownika w czasie jego trwania lub rozwiąże umowę o pracę z Udzielającym Zamówienia.

V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia**: od daty zawarcia umowy do dnia 31.01.2027r.**

VI. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Rodzaj Konkursu: otwarty.

2. Forma składania ofert: pisemna.

3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z przyjętym kryterium oceny ofert: najniższe zaoferowane stawki w złotych i stawki procentowe.

4. Cena zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna zaoferowanych stawek wyrażonych w złotych i stawek procentowych.

5. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

VII.OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

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

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

3. Oferta powinna zawierać cenę jednostkową świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

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

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

6. 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 Oddziale Okulistyki
i w Poradni Okulistyki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
nie otwierać przed terminem otwarcia ofert, tj.: 10.09.2026r. przed godz. 12:15
z podaniem nazwy i adresu Oferenta
POSTĘPOWANIE KONKURSOWE NR KO/42/2026”

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.

VIII. INFORMACJE O OFERCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty Przyjmującego Zamówienie:

a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz wzorem umowy,
b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księgę Rejestrową wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
c) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą, tj.: CEIDG lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wydrukowe nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert,
d) Prawo wykonywania zawodu,
e) Dyplom lekarza,

f) Dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: tytuł specjalisty w dziedzinie okulistyki,
g) Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego,
h) Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z podaniem wartości w złotych i % -tach za udzielane świadczenia zdrowotne.
i) oświadczenie Oferenta potwierdzające odbyte szkolenie w zakresie wykonywania chirurgii witreoretinalnej- *jeśli dotyczy,*
j) udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania operacji chirurgicznych:
   - oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji- *jeśli dotyczy;*
   - oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych witrektomii tylnej- *jeśli dotyczy.*
   - oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów powiekowych- *jeśli dotyczy;*
k) Polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
   W przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, *Oferent* dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.
   W przypadku braku polisy OC *Oferent* może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
   Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez Udzielającego Zamówienia. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.
l) oświadczenie o niekaralności, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do formularza ofertowego.
ł) aktualne zaświadczenie lekarskie.
m) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu BHP.
n) orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych lub kserokopia książeczki sanepidu.

2. Brak choćby jednego z wymaganych dokumentów mających potwierdzić wiarygodność Przyjmującego Zamówienie lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie (np. kserokopie niepotwierdzone „za zgodność z oryginałem", brak podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie) 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 2025r., poz. 1461 ze zm.).
4. Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Konkursu Ofert.

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

1. Oceny ofert dokonuje Komisja Konkursowa.
2. W pierwszej kolejności sprawdzeniu będzie podlegało spełnienie warunków formalnych.
3. Komisja Konkursowa wybiera ofertę najkorzystniejszą dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja Konkursowa dokonuje porównania złożonych ofert wg następującego kryterium: najniższych stawek w złotych i stawek procentowych oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej.
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 lub pocztą elektroniczną (jlewandowska@szpitalparkitka.com.pl); kontakt od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. Pytania, które wpłynęły po godzinie 14.00 są traktowane, jakby wpłynęły następnego dnia. Na pytania, które wpłynęły 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 zmiany lub uzupełnienia treści Regulaminu Konkursu Ofert w czasie nie krótszym niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
4. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim potencjalnym Oferentom w formie wskazanej w pkt. X, ppkt.2 i będzie dla nich wiążąca.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert, bez podania przyczyny, na każdym jego etapie.

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: 10.09.2026r. do godz. 12:00
Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

XIII. INFORMACJE O TRYBIE OTWARCIA OFERT I ICH OCENY

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **10.09.2026r. o godz. 12:15** 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 złożonych 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 ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert;
- **g)** ogłasza nazwę Oferenta, którego oferta została wybrana.

3. W toku dokonywania oceny złożonych ofert Udzielający Zamówienia może żądać udzielenia przez Przyjmującego Zamówienie wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.

4. Z przebiegu konkursu sporządzony zostanie protokół.

5. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi *Oferentów* o zakończeniu konkursu i jego wyniku na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia: www.szpitalparkitka.com.pl w zakładce konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

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 świadczenia zdrowotne nie zostanie zawarta z winy *Oferenta* wówczas jest on zobowiązany do naprawienia spowodowanej tym szkody wg uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym.

4. Wybrany Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną (w tym elektroniczną), wymaganą przepisami szczegółowymi oraz podda się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025r., poz. 1461 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do osobistego świadczenia usług, będących przedmiotem konkursu i nie może powierzyć ich wykonywania osobom (podmiotom) trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienia.

XV. <u>PROTESTY I ODWOŁANIA</u>

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 ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

XVI. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:
1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2026r. poz. 156 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 ze zm.).

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

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY – KO/42/2026
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
z siedzibą w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118.

NAZWA OFERENTA

……

ADRES:

ulica …….. nr ……..

Kod pocztowy : …… Miejscowość: ……..

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

……

Nr Księgi Rejestrowej

……

NIP: ……..

REGON: ……..

PESEL: ……..

NR KONTA BANKOWEGO: ……

ADRES E-MAILOWY: ……..@……

Tel. ……

1. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **na Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki** ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
2. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki i w Poradni Okulistyki.
3. Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy do dnia 31.01.2027r.**

4. Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

I. ..... **zł brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na **Oddziale Okulistyki w ramach ordynacji dziennej** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. **08:00 do 15:35**

A) Za realizację świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w przypadku, gdy umowa z podwykonawcą, z którym Udzielający Zamówienia ma podpisaną umowę zakończy się lub w innych przypadkach, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia niniejszej umowy:

1. **..... zł brutto za 1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych:
- w ramach interwencji lekarskich dla pacjentów po przeprowadzonych zabiegach chirurgicznych na **Oddziale Okulistyki,**
- po wezwaniu do Oddziału Okulistyki przez Udzielającego Zamówienia;

w wybrane dni powszednie od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym między godz. **15:35 a godz. 8:00 dnia następnego;**

2. **..... zł brutto za 1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych:
- w ramach interwencji lekarskich dla pacjentów po przeprowadzonych zabiegach chirurgicznych na **Oddziale Okulistyki,**
- po wezwaniu do Oddziału Okulistyki przez Udzielającego Zamówienia;

w wybrane soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w przedziale czasowym między godz. **8:00 a godz. 8:00 dnia następnego**;

3. ..... **zł brutto za 1 godzinę** pełnienia dyżuru medycznego w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. **od 15.35 do 08.00 dnia następnego**;

4. ..... **zł brutto za 1 godzinę** pełnienia dyżuru medycznego w soboty, niedziele i święta
i dni ustawowo wolne od pracy w godz. **8:00 a godz. 8:00 dnia następnego**;

5. ……..zł brutto za 1 godzinę gotowości do dyżuru w związku z pełnionym nadzorem nad lekarzem bez specjalizacji, który w Oddziale pełni dyżur stacjonarny i wymaga nadzoru lekarza specjalisty w wybrane dni powszednie od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym między godz. 15:35 a godz. 8:00 dnia następnego;

6. …….. zł brutto za 1 godzinę gotowości do dyżuru w związku z pełnionym nadzorem nad lekarzem bez specjalizacji, który w Oddziale pełni dyżur stacjonarny i wymaga nadzoru lekarza specjalisty w wybrane soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w przedziale czasowym między godz. 8:00 a godz. 8:00 dnia następnego;

B) Za realizację świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki:

1) **.....% wartości** wykonanej **procedury medycznej w Poradni Okulistyki**, 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 Q15

(1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

C) Za świadczenia wykonane w pomieszczeniach umownie zwanych „Ambulatorium Oddziału Okulistyki" związanych z operacją zaćmy, stożka rogówki metodą cross-linking:

a) ……..% 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, w przypadku **kwalifikacji do operacji zaćmy.** Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

b) ……..% 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, wykonanej jako **kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu operacji zaćmy i kontrolna porada po operacji stożka rogówki metodą cross-linkingu.** Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

D) Za Procedury medyczne polegające na wykonaniu zabiegów chirurgicznych:

……..% 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 Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

E) Za realizację procedur związanych z Programem: Leczenie Pacjentów z Chorobami Siatkówki:

a) .....% 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 w zakresie diagnostyki w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki – **kwalifikacja.** Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

b) .....% 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 w zakresie przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu - **wizyta bez iniekcji.** Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

c) .....% 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 w zakresie diagnostyki w programie leczenia pacjentów z wysiękową postacią AMD - **monitorowanie (**punkt ten jest rozliczany zawsze razem z procedurą medyczną podania iniekcji doszklistkowej anty - VEGF w programie lekowym). Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

d) .....% 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 w zakresie **przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z podaniem iniekcji doszklistkowej anty – VEGF w programie lekowym**. Do obliczenia wartości wykonanej procedury nie stosuje się współczynnika Q15 (1.01) MIX(COBJwDM+COBJwDL) – Świadczenia w ramach PSZ rozliczane poza ryczałtem PSZ+ świadectwo wydane przez COBJwDM + świadectwo wydane przez COBJwDL w zakresie chemii klinicznej.

F) …….. zł brutto za wykonywanie 1 badania profilaktycznego dla pracowników Udzielającego Zamówienia oraz dla podmiotów zewnętrznych, z którymi Udzielający Zamówienia posiada podpisane umowy w zakresie medycyny pracy.

Składam ofertę na:

A. Realizację świadczeń w ramach **ordynacji dziennej na Oddziale Okulistyki** w wymiarze średnio około ..... godzin miesięcznie.

B. Realizację świadczeń w **Poradni Okulistyki** w wymiarze średnio około ..... godzin miesięcznie, zgodnie z harmonogramem, jak niżej:

poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	
piątek	

Deklaruję chęć współpracy w zakresie realizacji świadczeń w Poradni Okulistyki w godzinach od 15.00 do 20.00 co najmniej 1 raz w tygodniu, po uzgodnieniu szczegółów z Kierownikiem Oddziału Okulistyki.

C. Realizację świadczeń w ramach dyżurów medycznych w **Oddziale Okulistyki** w wymiarze średnio około ..... dyżurów w miesiącu, w tym: ..... dyżurów zwykłych, ...dyżurów świątecznych,

z zastrzeżeniem możliwości 1- miesięcznej przerwy w realizacji wyżej wskazanych świadczeń w pkt. B i C, w okresie trwania umowy. Dłuższa niż 1 miesiąc przerwa w wykonywaniu świadczeń określonych w niniejszym punkcie, uprawnia Udzielającego Zamówienia do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym. Informację o przerwie w realizacji niniejszych świadczeń, Przyjmujący Zamówienie ustala z Kierownikiem Oddziału, a pisemną informację, zatwierdzoną przez Kierownika Oddziału zobowiązany jest dostarczyć do Działu Umów Medycznych.

Do oferty dołączamy wymagane dokumenty:

a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.: wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską, wydrukowaną nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

b) wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy od daty upływu terminu składania ofert;

c) prawo wykonywania zawodu,

d) dyplom lekarza,

e) dokument wskazujący na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, tj.: tytuł specjalisty w dziedzinie okulistyki,

f) informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego załącznik do formularza ofertowego;

g) oświadczenie Oferenta potwierdzające odbyte szkolenie w zakresie wykonywania chirurgii witreoretinalnej- *jeśli dotyczy,*

h) udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania operacji chirurgicznych:

- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji- *jeśli dotyczy;*
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych witrektomii tylnej- *jeśli dotyczy.*
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu w wykonywaniu zabiegów powiekowych- *jeśli dotyczy;*

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

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

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

Oferent, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany będzie do przedłożenia aktualnej polisy OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy pod rygorem odmowy jej zawarcia przez *Udzielającego*

zamówienia. Kopia formularza polisy OC ubezpieczeniowej stanowić będzie załącznik do umowy.

j) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.

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

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

ł) aktualne zaświadczenie lekarskie.

m) aktualne zaświadczenie o odbytym kursie BHP.

n) orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki sanepidu.

Jednocześnie oświadczam, że:

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

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

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

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

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

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

…… ……

Miejscowość, data *Podpis i pieczęć Oferenta*

WYKAZ PERSONELU WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ODDZIALE OKULISTYKI I PORADNI OKULISTYKI ***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*: 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 Okulistyki:** godz. tyg.: ..... godz. m-c: ..... **Poradnia Okulistyki:** godz. tyg.: ..... godz. m-c:				

…….
Pieczątka, podpis Oferenta

Załącznik do formularza ofertowego

…… dnia ……..

OŚWIADCZENIE

……
Imię i nazwisko

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.

……
Podpis