

REGULAMIN KONKURSU OFERT

**na udzielanie 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 im. NMP 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 zamówienia jest udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

PAKIET NR 1

a) leczenie szpitalne w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi W.Sz.S. im. NMP w Częstochowie przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej w zakresie:

- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- realizowana w ramach ryczałtu;
- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- pakiet onkologiczny;
- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym.

Łączny wymiar zatrudnienia lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej wynosi minimum średnio 95 godzin tygodniowo.

PAKIET NR 2

b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w Poradni Chirurgii Onkologicznej W.Sz.S. im. NMP w Częstochowie przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej w wymiarze odpowiadającym **łącznie nie mniej niż 18 godz. tygodniowo**, w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia zabiegowe w zakresie chirurgii onkologicznej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej - diagnostyka onkologiczna;

- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym.

PAKIET NR 3

c) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w Poradni Schorzeń Piersi W.Sz.S. im. NMP w Częstochowie przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej w wymiarze odpowiadającym **łącznie nie mniej niż 25 godz. tygodniowo**, w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia zabiegowe w zakresie chirurgii ogólnej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna- poza pakietem onkologicznym
- świadczenia w zakresie „Programu profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki”.

2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych następować będzie w:

1) Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi –w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz zgodnie z wymogami NFZ. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienie dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ;

2) Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz Poradni Schorzeń Piersi – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone zostaną odpowiednim załącznikiem do umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ.

3. Udzielanie świadczeń z w/w zakresów powinno odbywać się zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym przez Udzielającego Zamówienia do Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez Portal Potencjału.

4. Okres obowiązywania umowy: od daty zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.

5. 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.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia 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, zgodnie z podziałem ustalonym przez Kierownika Oddziału/ Poradni.

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 Zintegrowanym Systemem Zarządzania wg norm ISO 9001:2015, ISO14001:2015, PN-N 18001:2004 i przyjętej z tym związanej Polityki ZSZ, która stanowi integralną część umowy. Poza tym, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania przepisów bhp, p. 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. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania porad i specjalistycznych konsultacji lekarskich na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych działalności podstawowej Udzielającego Zamówienia.

10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wydawania orzeczeń lekarskich, recept, w tym e-recept, skierowań, opinii i zaświadczeń (w tym e-zaświadczeń o niezdolności do pracy), wymaganych w podmiotach leczniczych przez obowiązujące przepisy prawa.

III. 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 2020r., poz. 295 ze zm.), którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu:

a) posiadają uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, potwierdzone odpowiednimi certyfikatami krajowymi lub międzynarodowymi i wykonują działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia.

b) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia oraz posiadają niezbędne kwalifikacje, tj.: tytuł specjalisty (II^o) w dziedzinie chirurgii onkologicznej.

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.

5. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia, musi on rozwiązać umowę o pracę z dniem zawarcia umowy, będącej przedmiotem konkursu.

IV. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.**

2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie:

1) w **Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi** – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ,

2) w **Poradni Chirurgii Onkologicznej** oraz **Poradni Schorzeń Piersi** – w godzinach wynikających z harmonogramu ustalonego przez Kierownika Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz umowy zawartej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a NFZ, które na dzień zawarcia umowy określone będą odpowiednim załącznikiem do umowy. W przypadku zmiany warunków umowy z NFZ Przyjmujący Zamówienia dostosuje godziny pełnienia świadczeń zdrowotnych do nowych wymogów NFZ.

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: **najniższa zaoferowana cena.**

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

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 stawki procentowe, według których 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.

4. Każda strona oferty musi być ponumerowana i podpisana przez osobę podpisującą ofertę.

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 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 Chirurgii Onkologicznej oraz Poradni Schorzeń Piersi
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Bialskiej 104/118
-postępowanie konkursowe nr KO/53/2020
Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert 28.12.2020r., godz. 10:15”**

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.

10. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

VII. INFORMACJE O OFERENCIE

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty Przyjmującego Zamówienie:

- a) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu ofert oraz ze wzorami umów,
- b) Dokument potwierdzający wpis podmiotu do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa wydrukowana 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, wydrukowane 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,
- 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) Oferowane stawki procentowe za wykonane procedury,
- 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) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego zdolność do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu,
- k) kopię aktualnego zaświadczenia o odbytym kursie bhp,
- l) oświadczenie o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego,
- ł) oświadczenie o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego, zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

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 2020r., poz. 1398 ze zm.).

4. Formularz ofertowy stanowi 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 przez Oferentów warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę, tj. ofertę zawierającą najniższą cenę. Najniższa cena zostanie obliczona jako średnia arytmetyczna zaoferowanych cen jednostkowych wyrażona w %.

4. Oferowana stawka procentowa za wykonanie procedury medycznej w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie stawek procentowych zaoferowanych przez Przyjmującego Zamówienie w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych ofert.

IX. 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 34 365 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 w zakładce konkursy.

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 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.

X. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118,
Kancelaria pok. 3.41 (II piętro) Pawilon D**

Termin składania ofert: 28.12.2020r., do godz. 10:00.

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

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 28.12.2020r. 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. 3.46.**

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 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 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.

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 tablicy ogłoszeń oraz 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 7 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 w/w 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 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 2020r. poz. 1398 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. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 295 ze zm.);

2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 1398 ze zm.).

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
mgr Beata Kuchta

FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs Ofert
na udzielanie 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 Chirurgii Onkologicznej oraz Poradni Schorzeń Piersi
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP 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
lecniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

.....

NIP

PESEL*

REGON

Nr rachunku bankowego

Telefon kontaktowy

1. Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie oferujemy/-ę przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
2. Przedmiotem oferty jest **udzielenie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz Poradni Chirurgii Onkologicznej i Poradni Schorzeń Piersi** przez lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie

chirurgii onkologicznej (II⁰).

3. Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy na okres 36 miesięcy.**
4. Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienione stawki procentowe:

PAKIET NR 1

a) ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHOROÓB PIERSI

- 1)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako operator w zespole jednoosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,
- 2)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole dwuosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,
- 3)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako główny operator w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,
- 4)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie jako asysta w zespole dwuosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ,
- 5)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie, dla pierwszej asysty w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.
- 6)% brutto wartości wykonanej procedury medycznej, w której uczestniczył Przyjmujący zamówienie, dla drugiej asysty w zespole trzyosobowym, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem JGP i Charakterystyką JGP, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- realizowana w ramach ryczału;
- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- pakiet onkologiczny;
- chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym.

PAKIET NR 2

b) PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

..... % brutto za każdy punkt od porady udzielonej w Poradni Chirurgii Onkologicznej, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem porad i Charakterystyką porad, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia zabiegowe w zakresie chirurgii onkologicznej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna;
- świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna- poza pakietem onkologicznym.

PAKIET NR 3

c) PORADNIA SCHORZEŃ PIERSI

.....% brutto za każdy punkt od porady udzielonej w Poradni Schorzeń Piersi, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem porad i Charakterystyką porad, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ.

Wymiar zatrudnienia godzin tygodniowo w zakresie:

- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia zabiegowe w zakresie chirurgii ogólnej realizowane w ramach ryczałtu;
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna- poza pakietem onkologicznym
- świadczenia w zakresie „Programu profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki”.

5. 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.
6. Oświadczam/ -y, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Konkursu Ofert, którego treść akceptuję/-y.
7. Oświadczam/ -y, że uważam/ -y się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu Ofert, tj.: 30 dni.
8. Oświadczam, że spełniam warunki Regulaminu Konkursu Ofert i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
9. Zawarte w Regulaminie projekty umów zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia niniejszych umów na opisanych warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
10. 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. W przypadku braku aktualnej polisy na dzień składania ofert oświadczam, że będę posiadał aktualną polisę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
11. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, z dniem zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętym przedmiotem niniejszego konkursu, nie będę związany umową o pracę z *Udzielającym Zamówienia*.

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

- 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,
- f) informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego zamówienia, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
- g) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego zdolność do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu,
- h) kopię aktualnego zaświadczenia o odbytych kursie bhp, zgodnie z zajmowanym stanowiskiem.
- 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 ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, a w przypadku, gdy polisa nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy oświadczam, że zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

Ofertę niniejszą składam/ -y na kolejno ponumerowanych stronach.

..... dnia

/miejscowość/

/data/

.....

/ podpis i pieczętka Oferenta/

