

REGULAMIN KONKURSU OFERT
na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki
i na Oddziale Okulistyki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny
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

KOD CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne

KOD CPV: 85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom *Udzielającego Zamówienia*, zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, polegających w szczególności na:

PORADNIA OKULISTYKI:

1) wykonywaniu kwalifikacji do Programu Lekowego „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), tj.: wykonywaniu badań diagnostycznych, w tym:

- a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
- b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
- c) fotografia dna oka,
- d) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT,
- e) innych wymaganych w programie.

2) realizacji Programu Lekowego: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), polegającego na wykonywaniu badań diagnostycznych, w tym: ostrości wzroku, ciśnienia wewnątrzgałkowego, badania z oceną dna oka w lampie szczelinowej, OCT i innych wymaganych w programie, a następnie:

- a) przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane w wykonaniem programu;
- b) przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji doszklistkowej anty – VEGF w programie lekowym;
- c) ewentualne zalecenia lekarskie.

3) udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym m. in.:

- a) kwalifikacja do zabiegów z zakresu okuloplastyki;
- b) porada po zabiegu z zakresu okuloplastyki;
- c) inne świadczenia zdrowotne, zgodnie z zapotrzebowaniem *Udzielającego Zamówienia*, i posiadanym kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.

ODDZIAŁ OKULISTYKI:

1) wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia i posiadany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2) wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuloplastyki, w tym m.in.:

- a) korekty powiek, głównie redukcji ich opadania,
- b) guzy,
- c) płaty powiekowe,
- d) zwiotczenia,
- e) podwinięcia/odwinięcia powiek

2. Udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych określonych w Rozdziale II Regulaminu Konkursu Ofert odbywać się będzie w:

- Poradni Okulistyki w wymiarze nie mniejszym niż **10 godzin tygodniowo** oraz
- na Oddziale Okulistyki, w godzinach ordynacjiiennej, w wymiarze nie mniejszym niż **20 godzin tygodniowo**. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Kierownikiem Oddziału Okulistyki po zawarciu umowy.

3. Udzielający Zamówienia bezpłatnie udostępni sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do wykonywania w/w badań.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do sporządzania stosownej dokumentacji medycznej i statystycznej, (również w formie elektronicznej), w tym wprowadzania danych do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (SMPT), z wyłączeniem rozliczenia z NFZ.

5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego postępowania obejmuje czynności służące: zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów *Udzielającego Zamówienia*.

6. Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od daty zawarcia umowy na okres 12 m-cy.

7. 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 najwyższej staranności w wykonywanej pracy na rzecz *Udzielającego Zamówienia*.

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

3. Prowadzenie określonej sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z art. 27, ust. 4, pkt. 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022r. poz. 633 ze zm.).

4. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za dokonywanie zlecenia w zakresie świadczeń zdrowotnych.

5. Ordynowanie produktów leczniczych powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz receptariuszem szpitalnym, obowiązującym u *Udzielającego Zamówienia*.

6. Przyjmujący Zamówienie, zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową zawartą pomiędzy *Udzielającym Zamówienia* a Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym między innymi:

- monitorowania stanu pacjentów uczestniczących w programie zgodnie z opisem programu;
- wykonywania wymaganych badań diagnostycznych w terminach określonych w opisach programów;
- monitorowania stanu pacjentów po wykonanych zabiegach powiekowych.

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 2022r. poz. 633 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.: **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, 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, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, tj.: Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (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 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.

6. 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, p.poż oraz wdrożonych polityk bezpieczeństwa.

7. W przypadku złożenia oferty przez lekarza zatrudnionego na umowę o pracę u *Udzielającego Zamówienia*, jego oferta zostanie odrzucona bez rozpatrzenia.

V. OKRES I TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **od daty zawarcia umowy na okres 12 m-cy.**

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: najniższa cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki (w tym między innymi wykonywanie zabiegów powiekowych) oraz najniższa stawka procentowa brutto wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w Poradni Okulistyki, najniższa stawka procentowa ceny za punkt, określony przez NFZ, przyjętej do rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonanych w poradni Okulistyki, oraz najniższa cena za przyjęcie 1 pacjenta w ramach realizacji Programu Lekowego – **cena 100%**.
4. *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 wyrażoną w % oraz cenę jednostkową świadczeń zdrowotnych wyrażoną w złotych, objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.
4. Koszt świadczenia zdrowotnego winien być wyrażony w % oraz w złotych polskich 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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki
i na Oddziale Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi
Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118;**

Nie otwierać przed terminem otwarcia ofert,

tj.: do dnia 16.02.2023r., do godz. 11:30 - postępowanie nr KO/14/2023”

z podaniem nazwy i adresu *Oferenta*.

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.

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 oraz uzupełnieniem niniejszej umowy, tj.: umową powierzenia przetwarzania danych osobowych,
- 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, 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, tj.: II stopień w dziedzinie okulistyki,
- g)** Aktualne zaświadczenie lekarskie,
- h)** Aktualne zaświadczenie o odbytych kursach 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)** Informację o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających określone świadczenia zdrowotne, tj.: wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do formularza ofertowego,
- l)** Oferowaną kwotę należności za realizację zamówienia,
- m)** 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.

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 2022r., poz. 2561).

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 przez *Oferentów* warunków formalnych.

3. Komisja Konkursowa wybiera najkorzystniejszą ofertę dla *Udzielającego Zamówienia* albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

4. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie, że jeżeli zostanie złożonych kilka ofert zapewniających kompleksowość wykonania zamówienia wówczas o wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje najniższa cena brutto.

5. W celu wykonania całości zamówienia, *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo wyboru kilku najkorzystniejszych ofert.

6. Oferowana cena jednostkowa wyrażona w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i procentach, wskazane w ofercie, powinny zawierać wszystkie koszty osobowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia.

7. *Udzielający Zamówienia* zastrzega sobie prawo do prowadzenia negocjacji w sprawie ceny zaoferowanej przez *Przyjmującego Zamówienie* w przypadku złożenia dwóch lub więcej równorzędnych 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 wpłyną do *Udzielającego Zamówienia* po godz. 14.00, traktowane są jakby wpłynęły w dniu następnym. Kontakt: od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 14.00. 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.

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, przesunięcia terminu składania ofert, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118

Kancelaria pok. 3.42 (II piętro) Pawilon D

Termin składania ofert: 16.02.2023r. do godz. 11:00

Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona *Oferentowi* bez otwierania.

XII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

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 **16.02.2023r. o godz. 11:30** w siedzibie *Udzielającego Zamówienia* – Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, **Pawilon D, II piętro pok. 3.46.**

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*.

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 udzielenie 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 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 2022r. poz. 2561) 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. 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 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.

XVI. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie prowadzone zgodnie z przepisami:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022r. poz. 633 ze zm.);

2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022r., poz. 2561).

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
Zbigniew Bajkowski

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs Ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki i na Oddziale Okulistyki dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny 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 wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (nr Księgi Rejestrowej):

.....

STOPIEŃ SPECJALIZACJI*

NIP

REGON

PESEL*

NR KONTA BANKOWEGO

Telefon kontaktowy:

e-mail:@.....

*jeśli dotyczy

- 1) Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym Regulaminem Konkursu Ofert.
- 2) Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:
 - kwalifikacji do Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;

- udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji Programu Lekowego pn.: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
- udzielaniu porad ambulatoryjnych w Poradni Okulistyki, w tym: m. in. kwalifikacje do zabiegów z zakresu okuloplastyki;
- wykonywaniu zabiegów powiekowych z zakresu okuloplastyki,
oraz
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki,

3) Termin świadczenia usług: **od daty zawarcia umowy na okres 12 m-cy.**

4) Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:

PORADNIA OKULISTYKI:

- a) % **brutto** wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w **Poradni Okulistyki – w zakresie kwalifikacji do Programu Lekowego;**
- c) **zł brutto** za przyjęcie **1 pacjenta** (słownie złotych:.....)
- w ramach realizacji Programu Lekowego: „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”;
- d) % **brutto** wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ w **Poradni Okulistyki – w zakresie udzielania porad ambulatoryjnych, w tym: m. in. kwalifikacji do zabiegów z zakresu okuloplastyki oraz porad po zabiegu z zakresu okuloplastyki;**
- e)% **brutto** ceny za punkt, określony przez NFZ, przyjętej do rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonanych w Poradni Okulistyki;

ODDZIAŁ OKULISTYKI:

..... **zł brutto** za **1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych **na Oddziale Okulistyki** (słownie złotych:.....).

5) *Składam ofertę na:*

- **nie mniej niż** **godzin tygodniowo** w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistyki,

- **nie mniej niż godzin tygodniowo w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na Oddziale Okulistyki.**

Do oferty dołączam 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 (CEIDG), 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.: II stopień w dziedzinie okulistyki,
- 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) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- h) aktualne zaświadczenie o odbytych kursach 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 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.

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)** 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*.
- 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 UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

[illegible]