**Ogłoszenie nr 10/04/LEKARZ/2025 z dnia 16.04.2025**

**w sprawie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

Na podstawie art. 26 ust. 1-4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 140, art. 141,art.146 ust.1, art.147, art.148 ust.1, art.149, art.150, art.151 ust.1,2, art.152, art.153 i art.154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, przy ul. Kardynała Wyszyńskiego 11**

zaprasza Świadczeniodawców do składania ofert i uczestniczenia w konkursie ofert poprzedzającym zawarcie umowy w zakresie:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez LEKARZA w Oddziale Chorób Płuc, w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy oraz w ramach Tlenoterapii Domowej**

na następujących warunkach:

**1. Przewidywany termin zawarcia umowy:**

na okres od dnia 01.05.2025 do dnia 30.04.2027

**2. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się z materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy oraz formularzem ofertowym:**

Z materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu (w tym formularzem ofertowym oraz projektem umowy) zapoznać się można od dnia ogłoszenia postępowania w godz. 08:00-13:00 w siedzibie Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach, ul. Kardynała Wyszyńskiego 11, pok. A13, I piętro-Administracja lub pobrać ze strony internetowej <https://www.szpital-bartoszyce.pl/ogloszenia/swiadczenia-medyczne>.

**3. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert:**

Oferty należy składać w sekretariacie Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach w terminie do dnia 23.04.2025 do godz. 09:00

Decyduje data i godzina faktycznego wpływu oferty. Sposób przygotowania i złożenia oferty oraz wymagane załączniki określone zostały w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, stanowiącego załącznik do niniejszego Ogłoszenia.

Otwarcie nastąpi w siedzibie Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach, ul. Kardynała Wyszyńskiego 11, I piętro-Administracja, w dniu 23.04.2025 o godz. 11:00

**4. Miejsce zamieszczenia informacji o rozstrzygnięciu Konkursu:**

Ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach -<https://www.szpital-bartoszyce.pl/ogloszenia/swiadczenia-medyczne> w terminie do 30.04.2025

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się podmioty wymienione w ustawie o działalności leczniczej, które posiadają uprawnienia do wykonywania działalności objętej przedmiotem zamówienia jak również wykonują działalność zgodną z jej przedmiotem, posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego, wiedzę oraz doświadczenie do jej wykonywania, z zastrzeżeniem, że osoby udzielające świadczeń nie mogą być zatrudnione w ramach stosunku pracy u Udzielającego zamówienia przez cały okres obowiązywania umowy objętej konkursem.

Strony są związane ofertą przez 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

Szczegółowe warunki udziału w postępowaniu konkursowym oraz wymagania co do sposobu sporządzenia oferty zawarte zostały w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert stanowiących Załącznik do Ogłoszenia.

Załącznik:

1) Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

Załącznik do Ogłoszenia nr 10/04/LEKARZ/2025

z dnia 16.04.2025

**Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

**1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem postępowania konkursowego jest wybór oferenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: LEKARZA- : **Oddziale Chorób Płuc, w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy oraz w ramach Tlenoterapii Domowej**

1) Zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń:

* Szacunkowa ilość godzin niezbędna do zabezpieczenia ciągłości pracy komórki organizacyjnej wynosi średniomiesięcznie: **1033** godz**. (w ramach normalnej ordynacji 480 godz., 553 godz. poza normalną ordynacją)**
* Umowa na okres: od dnia 01.05.2025 r. do dnia 30.04.2027 r.

3) Wartość przedmiotu postępowania wynosi nie więcej niż: **4 576 889,57** złbrutto

Kod CPV: 85141000-9 - Usługi świadczone przez personel medyczny

**2. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:**

Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, ul. Kardynała Wyszyńskiego 11, 11-200 Bartoszyce, a w szczególności: **Oddział Chorób Płuc, w Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy oraz udzielanie świadczeń w ramach Tlenoterapii Domowej**

**3. Warunki wymagane od oferentów:**

Do konkursu ofert mogą przystąpić podmioty lub osoby:

1) które spełniają wymagania, o których mowa w art. 18 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

2) które posiadają zawartą we własnym zakresie umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;

3) które posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego, wiedzę oraz doświadczenie do jego wykonywania;

4) na które, w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie zostały nałożone przez Udzielającego Zamówienia kary umowne w związku z nienależytym wykonaniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia.

**4. Wymagane dokumenty i sposób przygotowania oferty:**

4.1.Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

4.2.Ofertę należy złożyć w języku polskim w formie pisemnej wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, o których mowa w SWKO stanowiącymi integralną całość oferty.

4.3.Nie dopuszcza się składania ofert częściowych,

4.4.Ofertę stanowią:

a) załącznik nr 1 do SWKO - formularz ofertowy

b) załącznik nr 2 do SWKO - wymagane dokumenty

c) załącznik nr 3 do SWKO – oświadczenie

4.5.Oferta musi być podpisana, a kserokopie załączonej dokumentacji potwierdzone klauzulą Potwierdzam za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do występowania w imieniu Oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.

4.6.Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert.

4.7.Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.

4.8.Wszystkie strony oferty powinny być spięte w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji oferty.

4.9.Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie.

4.10. Ofertę wraz z załącznikami opatrzona danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

**Pełna nazwa i adres Oferenta z dopiskiem:**

**„Konkurs ofert – oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez LEKARZA-** : **Oddział Chorób Płuc,**

4.11. Złożenie oferty w sposób niezgodny z wymaganiami bądź w niewłaściwej formie, spowoduje odrzucenie oferty.

4.12. Nie przewiduje się zwołania zebrania Oferentów.

**5. Kryteria oceny ofert:**

Sposób oceny oferty:

a) pod kątem formalnym tj. spełnienia warunków podanych w dokumentacji konkursowej,

b) pod kątem merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej oferty zgodnie z podanymi niżej kryteriami.

Komisja konkursowa dokona oceny oferty według następujących kryteriów:

5.1. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczonych w oparciu o ustalone kryteria przedstawione poniżej w tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa kryterium** | **Waga** |
| 1 | Cena | 90 |
| 2 | Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta | 10 |

**Kryterium - cena**

Oferty ocenianie będą punktowo. Maksymalną ilość 90 punktów otrzyma oferta Przyjmującego Zamówienie, który zaoferuje najniższą cenę.

Punkty będą przyznawane według następujących zasad:

cena min.brutto

Cena = ————————————— x 90% x 100

cena badanej oferty brutto

**Kryterium – doświadczenie zawodowe /w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta /**

Oferty ocenianie będą punktowo:

- doświadczenie zawodowe - do 5 lat - 1 pkt.

- doświadczenie zawodowe - powyżej 5 lat do lat 10 - 5 pkt.

- doświadczenie zawodowe - powyżej 10 lat - 10 pkt.

5.2. Oferta spełniająca w najwyższym stopniu wymagania określone w każdym kryterium otrzyma maksymalną liczbę punktów. Pozostałym wykonawcom, spełniającym wymagania kryterialne przypisana zostanie odpowiednio mniejsza ( proporcjonalnie mniejsza ) liczba punktów.

5.3 Wynik – za najkorzystniejszą, zostanie uznana oferta przedstawiająca najkorzystniejszy bilans punktów, przyznanych na podstawie ustalonych kryteriów oceny ofert.

**UWAGA: Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość wyboru takiej ilości ofert, aby móc zrealizować wszystkie wymogi ilościowe i jakościowe wykonywania świadczeń zdrowotnych określone przez NFZ.**

Środki odwoławcze:

* W toku postępowania konkursowego, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest.
* Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszone chyba że z treści protestu wynika że jest on oczywiście bezzasadny.
* Oferent może złożyć do Dyrektora Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.
* Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczeń do czasu jego rozpatrzenia.
* Informacja o wniesieniu protestu lub odwołania oraz rozstrzygnięciu protestu lub odwołania niezwłocznie zawiesza się na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
* Rozstrzygniecie protestu i odwołania następuje w formie pisemnej, wraz z uzasadnieniem w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
* Protest i odwołanie złożone po wyznaczonym terminie nie podlega rozpatrzeniu.
* W przypadku uwzględnienia protestu Udzielający zamówienia powtarza zaskarżoną czynność.

Załącznik nr 1 do SWKO

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Sprawa nr 10/04/LEKARZ/2025

**I Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej ………………………………………........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………

NIP………………………………………………………………………………………………

REGON…………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………………………………………………………………………...

Adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………….

Numer prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………

Specjalizacja w dziedzinie ……………………………………………………………………

Nr dokumentu specjalizacji……………………………………………………………………

Wykształcenie …………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………………………………………………………………………

**II.** W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych z koordynowaniem,
* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych bez koordynowania,
* **………. zł** brutto (słownie: …………………) za każdą godzinę udzielania świadczeń wOddziale Chorób Płuc i Oddziale Chorób Wewnętrznychpoza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie,
* **………. zł** brutto (słownie: …………………) za każdą godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Chorób Płuc i Oddziale Chorób Wewnętrznychpoza normalną ordynacją oddziału w soboty niedziele i inne dni wolne od pracy
* **………. zł** brutto (słownie: …………………) za każdą godzinę udzielania świadczeń w Oddziale Chorób Płuc i Oddziale Chorób Wewnętrznychpoza normalną ordynacją oddziału w następujące święta: wigilia świąt Bożego Narodzenia, I-szy i II-gi dzień świąt Bożego Narodzenia, Sylwester, Nowy Rok, I-szy i II-gi dzień świąt Wielkanocnych,
* **………. %** (słownie: …………………) wartości punktu w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni Chorób Płuc i Gruźlicy
* .**………. %** (słownie: …………………) wartości punktu w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Tlenoterapii Domowej
* Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji……... poza normalną ordynacją ......... realizowanych w okresie trwania umowy: ……
* **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

**III**. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia jako **LEKARZ** (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem):

* do 5 lat
* od 5 do 10 lat
* powyżej 10 lat

**IV.** Kwalifikacje zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta

(posiadane specjalizacje):

a) …..……………………………………………………………………………..……

b) ………………………………………………………………………………………

c)………………………………………………………………………………………

**V**. Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:

a) ………………………………………………………………………………..………

b) ………………………………………………………………………………………..

c) ………………………………………………………………………………………..

d)…………………………………………………………………………………………

e)…………………………………………………………………………………………

f) ………………………………………………………………………………………..

g)…………………………………………………………………………………………

Załącznik nr 2 do SWKO

Wymagane dokumenty

Formularz ofertowy powinien zawierać zastępujące dokumenty

* Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)
* Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) – jeśli dotyczy.
* Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL).
* Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, kserokopia innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia zawodowe (w tym specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji lub innej formy kształcenia podyplomowego).
* Kserokopia dokumentów posiadających doświadczenie zawodowe.
* kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielanie świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na okres obowiązywania umowy. Oferent może złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy i zostanie przedłożona w dniu podpisania umowy;
* zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
* orzeczenie lekarskie o spełnieniu wymagań zdrowotnych przewidzianych dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych od lekarza medycyny pracy w tym również orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie, że zaświadczenia/ orzeczenia lekarskie zostaną dostarczone w dniu podpisania umowy.
* Informacja z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym
* Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

......................................................................

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

Załącznik nr 3 do SWKO

**Oświadczenie**

* zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
* zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
* zapoznałem/am się z propozycją umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
* wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
* nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
* nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
* nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
* posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia.
* w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
* nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy
* wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w tym danych dotyczących karalności zgodnie z ustawą dnia 10 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000) w celu udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**

**Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:**

* nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
* nie zostałem/am ukarany/a przez sąd dyscyplinarny,
* przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
* przeciwko mnie nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**