**Ogłoszenie nr 01/12/RATOWNIK/2024 z dnia 13.12.2024**

**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 ratownika medycznego w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

na następujących warunkach:

**1. Przewidywany termin zawarcia umowy:**

na okres od dnia 01.01.2025 r. do dnia 30.09.2025 r.

**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 oddania 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 23.12.2024 r. 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, pok.A13, I piętro-Administracja, w dniu 23.12.2024 o godz. 10:00.

**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 31.12.2024 r.

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.

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

 Beata Deka

 Dyrektor

Sporządziła: Kamila Daszkiewicz

Załącznik do Ogłoszenia nr 01/12/RATOWNIK/2024

z dnia 13.12.2024 r.

**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 ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowy.

1) Zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń:

* Szacunkowa ilość godzin wynosi średniomiesięcznie: 252 godz.
* Ilość osób niezbędna do zabezpieczenia pracy komórki organizacyjnej: do wyczerpania szacunkowej liczby godzin.

2) Umowa na okres: od dnia 01.01.2025 r. do dnia 30.09.2025 r.

3) Wartość przedmiotu postępowania wynosi:151 956 zł.

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: Szpitalny Oddział Ratunkowy

**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.Dopuszcza się składanie 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 ratownika medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”**

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 | 60 |
| 2 | Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta | 20 |
| 3 | Dodatkowe kwalifikacje (ukończone kursy specjalizacyjne z zakresu ALS, EPALS, ITLS lub PHTLS) | 20 |

**Kryterium - cena**

Oferty ocenianie będą punktowo. Maksymalną ilość 60 punktów otrzyma oferta Przyjmującego Zamówienie, który zaoferuje najniższą cenę.

Punkty będą przyznawane według następujących zasad:

 cena min.brutto

 Cena = ————————————— x 60% x 100

 cena badanej oferty brutto

Pozostałe kryteria: Maksymalna ilość 40 punktów:

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

Oferty ocenianie będą punktowo:

- doświadczenie zawodowe - do 5 lat - 5 pkt.

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

- doświadczenie zawodowe - powyżej 10 lat - 20 pkt.

**Kryterium dodatkowe kwalifikacje ukończone kursy specjalizacyjne z zakresu ALS, EPALS, ITLS, PHTLS**

Oferty ocenianie będą punktowo.

a) 20 punktów otrzyma oferta Przyjmującego Zamówienie, który posiada dodatkowo obowiązujące kursy specjalizacyjne ALS, EPALS, ITLS lub PHTLS. Za każdy kurs Oferent otrzyma 5 pkt,

b) Przyjmujący zamówienie, który nie posiada w/w kursów nie uzyska punktów w danym kryterium oceny,

c) Ocena nastąpi na podstawie przedłożonych dokumentów.

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

 w zakresie………………………………….

Sprawa nr 01/12/RATOWNIK/2024

**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 …………………………………………………………………….

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

Zadanie I:

* Stawka: …........................….. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń
* Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń ……….. realizowanych w okresie trwania umowy: ……….
* **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

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

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

**IV.** **dodatkowe kwalifikacje: ukończone kursy specjalizacyjne z zakresu ALS, EPALS, ITLS, PHTLS**:

a) kurs z ………, data otrzymania ……………….

b) kurs z ………, data otrzymania ……………….

c)kurs z ………, data otrzymania ……………….

d) kurs z ………, data otrzymania ……………….

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 dyplomu ukończenia szkoły, kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe (ukończone kursy specjalizacyjne ALS, EPALS, ITLS, PHTLS)
* 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

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

 **(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)**