

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ (SPZPOZ)**

**ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew
tel. 833551203 e-mail: spzpoz@op.pl**

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654) oraz Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 poz. 787)

**MATERIAŁY INFORMACYJNE I SZCZEGÓŁOWE
WARUNKI KONKURSU
w skrócie (M I)**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej.**

Termin składania ofert : 05 grudnia – 19 grudnia 2022, godz. 10.00
Termin otwarcia ofert: 20 grudnia 2022, godz. 12.00

ZAŁĄCZNIKI :

MI – opis	załącznik nr 1
Formularz oferty	załącznik nr 2
Oświadczenie oferenta	załącznik nr 3
Projekt umowy	załącznik nr 4

OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY.

1. Oferta, traktowana jako całość, przygotowana na koszt Oferenta, musi być złożona w formie pisemnej, na „Formularzu Oferty” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kserokopiami dokumentów, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych **MI** oraz Formularzu Oferty, które stanowią integralną jej część.
2. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być podpisane i potwierdzone „**za zgodność z oryginałem**” przez upoważnionego przedstawiciela oferenta. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez oferenta.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, opatrzonej danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

„Oferta na świadczenia zdrowotne”

Nie otwierać do

Ilość stron (określić ile stron zawiera złożona oferta).

5. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zapoznać się z miejscem wykonania zamówienia oraz zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
6. Brak któregośkolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika do „Formularza Oferty”, złożonego w sposób niezgodny z wymaganiami, bądź w niewłaściwej formie, np. podpisane przez osobę nieuprawnioną, spowoduje **odrzućenie oferty**.

WYMAGANIA WSTĘPNE DLA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO OBJĘTEGO POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM

Zadania I-IX

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie w siedzibie Udzielającego zamówienia i będzie zgodne z zasadami wiedzy lekarskiej i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny.
2. Oferent - lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej z nim umowy jako Przyjmujący zamówienie, zgodnie z ustalonym zakresem obowiązków oraz harmonogramem zatwierdzonym przez Udzielającego zamówienia pełni obowiązki lekarza rodzinnego.
3. Udzielający zamówienia ustala maksymalną stawkę:
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godz. 08.00-18.00 w dni powszednie 130 zł brutto;
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta 100 zł brutto;
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych bez wyjazdów w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta 90 zł brutto;
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wyjazdów w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta 80 zł brutto;

- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w czasie Świąt Państwowych wraz z wyjazdami 120 zł brutto;
 - za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w czasie Świąt Wielkiej Nocy oraz Bożego Narodzenia wraz z wyjazdami 200 zł brutto;
4. Przyjmujący zamówienie współpracuje w celu realizacji świadczeń z pracownikami etatowymi SPZPOZ oraz innymi pracownikami wykonującymi świadczenia zdrowotne dla SPZPOZ i odpowiada w całości za wykonywane i realizowane świadczenia zdrowotne.
 5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest znać i przestrzegać obowiązujące ustawodawstwo w zakresie ochrony zdrowia oraz poznać obowiązujące w SPZPOZ wewnętrzne instrukcje, regulaminy, zarządzenia i in., a w szczególności:
 - 1) ustawę z dnia 25 czerwca 2021 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2021 r. poz. 1285)
 - 2) ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 05 sierpnia 2022 r. (t. jedn. Dz. U. 2022 r. poz. 1731.),
 - 3) ustawę o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654) i przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie.
 6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest również:
 - 1) dbać o powierzone mienie przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia,
 - 2) przestrzegać zasad etyki i deontologii lekarskiej,
 - 3) przestrzegać ustalonych godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym zakresem obowiązków oraz harmonogramem pracy ustalonym i zatwierdzonym przez strony umowy,

OKREŚLENIE WYMAGAŃ KWALIFIKACYJNYCH OD OFERENTA

Świadczenie zdrowotne winno być wykonywane przez lekarza medycyny posiadającego odpowiednie kwalifikacje minimalne t.j.:

1. co najmniej 3 letni staż pracy w poz lub opiece doraźnej.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie dopuszczające do pracy w poz.

TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA UMOWY.

1. Umowa zostanie zawarta na okres : 01.01.2023 r. -30.06.2026 r.
- 2 Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane w SPZPOZ ul. Kościelna 136 w Parczewie, SPZPOZ ul. Wyzwolenia 3 w Sosnowicy, SPZPOZ Rudno I 106.

KRYTERIA JAKIM BĘDĄ PODLEGAŁY SKŁADANE OFERTY.

1. Kwalifikacje oferenta.
2. Cena jednej godziny:

Cenę jednej godziny należy rozumieć jako koszt całkowity uwzględniający kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi oferent w ramach przyjętej umowy na świadczenie zdrowotne.

3. Termin płatności (min. 7 dni) licząc od daty przyjęcia faktury przez Udzielającego Zamówienia.
4. Przy równorzędnych ofertach kryteriami rankingującymi będą:
 - 1) posiadanie specjalizacji
 - 2) wyższy stopień specjalizacji
 - 3) ukończenie kursów specjalistycznych

Udzielający zamówienia zastrzega sobie większy wybór ilości ofert odpowiadających zabezpieczeniu wykonywania świadczeń zdrowotnych.

MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT.

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi jak w rozdz. I, pkt. 4 przesłać lub złożyć do dnia 19 grudnia 2022 do godz. 10.00 w siedzibie SPZPOZ w Parczewie ul. Kościelna 138 (Rejestracja).
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona oferentowi bez otwierania.

TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ, SKARG DOTYCZĄCYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH.

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z sposobem przygotowania oferty, kierując swoje zapytanie osobiście lub na piśmie w okresie nie późniejszym niż 3 dni przed dniem otwarcia ofert.
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami w sprawach merytorycznych jest Pani Marta Jędrzejewska.

TERMIN DO KTÓREGO OFERENT BĘDZIE ZWIĄZANY OFERTĄ.

1. Składający ofertę pozostaje z nią związany, przez okres **30 dni**.
2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

MIEJSCE, TERMIN, TRYB OTWARCIA ORAZ OCENA OFERT.

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienia, ul. Kościelna 136 w Parczewie w dniu 20 grudnia 2022 r. o **godzinie 12.00**.
2. Do chwili otwarcia ofert, Udzielający zamówienia przechowuje je w stanie nienaruszonym, w swojej siedzibie.
3. W części jawnej konkursu nastąpi komisyjne stwierdzenie:
 - a) prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
 - b) ważności ofert pod względem zabezpieczenia i ich otwarcie,
 - c) ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w **MI**, a które zostały odrzucone.

Oferent może być obecny w części jawnej konkursu.

4. W części posiedzeń zamkniętych konkursu, bez udziału oferentów, Komisja stwierdza:
 - a) które z ofert spełniają warunki określone w **MI**,
 - b) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w **MI** lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
 - c) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
 - d) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert,
5. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Kierownika SPZPOZ.
6. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.
7. Postępowanie konkursowe (lub jego część) umarza się, w przypadku, gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwych ofert.

ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM.

1. W toku postępowania konkursowego (przed rozstrzygnięciem konkursu), oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowaną skargę.
2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.
3. Komisja konkursowa rozpatrzy skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.

ZAWARCIE UMOWY.

1. Zawarcie umowy z wyłonionym oferentem w postępowaniu konkursowym o wykonywanie świadczeń zdrowotnych nastąpi w SPZPOZ w dniach 27-30.12.2022 r.
2. Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

FORMULARZ OFERTY

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy formularz ofert – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą oferenta, przez upoważnionego przedstawiciela oferenta.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
5. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta.....
.....
.....
2. Adres Oferenta :
ul. nr
kod pocztowy miejscowość.....
tel..... fax
RegonNIP

Wymagane dokumenty, które składa Oferent:

1. odpis aktualnego wpisu do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich prowadzonego przez odpowiednią Okręgową Izbę Lekarską lub inne dokumenty świadczące o prowadzeniu indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
3. umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej,
4. odpis z rejestru odpowiedniego Centrum Zdrowia Publicznego jeżeli działalność prowadzona jest w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej,
5. dyplom lekarza, dyplom specjalizacji, prawo wykonywania zawodu,
6. opinia Kierownika Specjalizacji dotycząca samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziale specjalistycznym (dotyczy osób w trakcie specjalizacji).

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....
.....
.....*

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia, udzielania świadczeń zdrowotnych, proponuję następujące stawki wynagrodzenia:

- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godz. 08.00-18.00 w dni powszednie zł brutto;
- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta zł brutto;
- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych bez wyjazdów w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta zł brutto;
- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wyjazdów w godz. 18.00-08.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta zł brutto;
- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w czasie Świąt Państwowych wraz z wyjazdami zł brutto;
- za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z wyjazdami w czasie Świąt Wielkiej Nocy oraz Bożego Narodzenia wraz z wyjazdami zł brutto;

V. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniamy stałość cen przy zastrzeżeniu zapisów § 13 ust. 6-9 umowy.
2. Oferujemy termin płatnościdni (min. 7 dni), od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączony wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

(pieczętka i podpis Oferenta)

Pieczątką firmową z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od do
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
6. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
9. Zobowiązuje się do wykonywania obowiązków lekarza w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wykorzystania ich w kolejnych rekrutacjach prowadzonych przez Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Parczewie przez okres najbliższych 6 miesięcy*.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w załączonych dokumentach - wymagane jeśli przekazane dane obejmują szczególne kategorie danych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO *

.....
podpis Oferenta

*) zaznaczyć właściwe

Potwierdzam odbiór materiałów informacyjnych i szczegółowych warunków konkursu
na świadczenie zdrowotne tj.
.....
..... w

.....
miejsowość, data

.....
podpis