**Ogłoszenie nr 04/05/LEKARZ/2025 z dnia 02.06.2025**

**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 Intensywnej Terapii**

na następujących warunkach:

**1. Przewidywany termin zawarcia umowy:**

na okres od dnia 11.06.2025 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 06.06.2025 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 06.06.2025 o godz. 09:30

**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 09.06.2025

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 04/05/LEKARZ/2025

z dnia 02.06.2025

**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- **Oddział Intensywnej Terapii**

1) Zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń:

* Szacunkowa ilość godzin niezbędna do zabezpieczenia ciągłości pracy komórki organizacyjnej wynosi średniomiesięcznie: 300 godz**. (w ramach normalnej ordynacji i poza normalną ordynacją)**
* Umowa na okres: od dnia 11.06.2025 r. do dnia 30.04.2027 r.

3) Wartość przedmiotu postępowania wynosi nie więcej niż: **1 800 000** 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 Intensywnej Terapii**

**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 LEKARZA- Oddział Intensywnej Terapii**

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 04/05/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:

1. **………. zł** brutto (słownie: ………………………….) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
	* 1. Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych……... realizowanych w okresie trwania umowy: ……
2. **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

1. Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) – jeśli dotyczy.
3. Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL).
4. 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).
5. Kserokopia dokumentów posiadających doświadczenie zawodowe.
6. 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;
7. 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,
8. 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.
9. Informacja z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym
10. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

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

 **(podpis i pieczęć Oferenta)**

Załącznik nr 3 do SWKO

**Oświadczenie**

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. zapoznałem/am się z propozycją umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
6. nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
7. nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
8. posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia.
9. 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.
10. nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy
11. 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:**

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

………………………………...

 **(data i podpis Oferenta)**