

AK-184/ A / KON.OFE. /2025

Chęciny, dnia 20-01-2025

## OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Na podstawie: art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024. 799tekst jednolity z późn. zm.)

#### I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

1. **Nazwa:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
2. **Adres:** ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, tel: (0-41) 34-655-45

#### II. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego ( kod CPV: 85140000-2 Różne usługi w dziedzinie zdrowia).**

2. Umowa zostanie zawarta na czas określony – od 01.02.2025r. -31.01.2028.r

#### III. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. **Warunki udziału:** w konkursie mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanym dalej: **SWKO**).

#### IV. TRYBY

1. **Tryb udzielenia zamówienia:** konkurs ofert

2. **Kryteria oceny ofert:** cena, jakość, kompleksowość, ciągłość, dostępność

Udzielający zamówienie ma prawo przyjąć ofertę w części.

3. Warunki uzyskania specyfikacji istotnych warunków zamówienia, obowiązujących formularzy ofertowych: bezpłatnie – w siedzibie Udzielającego Zamówienia, do pobrania ze strony internetowej Udzielającego Zamówienia.

4. Sposób składania oferty: forma pisemna

5. **Termin składania ofert: 28 styczeń 2025r. do godziny 10.00** w siedzibie Udzielającego zamówienia (Sekretariat) lub listownie na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (liczy się data doręczenia – nie data nadania).

6. Termin związania ofertą: 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

7. **Otwarcie ofert: nastąpi: 28 styczeń 2025r.** - godzina 12.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia.

8. **Ogłoszenie wyników:** nie później niż w ciągu 2 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu o czym Udzielający Zamówienia ogłosi na tablicy ogłoszeń.

9. Udzielający zamówienia zastrzega sobie, bez podania przyczyny, prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz do przedłużenia terminu składania ofert lub rozstrzygnięcia konkursu, a także do zmiany SWKO lub ogłoszenia w zakresie nie dotyczącym kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od składających ofertę.

V. **Inne informacje:** ogłoszenie zamieszczono: na stornie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl)

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Youssef Sleiman

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny  
FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH**

Przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

**Oznaczenie oferenta:**.....

**Adres do korespondencji:** .....

**Tel.:** .....

**UWAGA:**

- 1.Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
- 2.Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
- 3.Do oferty należy załączyć:
  - 3.1.kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,
  - 3.2.kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
  - 3.3.Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
  - 3.4.Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
  - 3.5.Przez „Oferenta” należy każdorazowo rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

**Kryterium: CENA**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego**, oczekuję zapłaty wg następujących stawek:

**A. Lekarz**

Stawka:

- 1..... zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
- 2.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km,
- 3.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 20 km.  
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,  
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,  
..... pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki

obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

### **Pielęgniarka**

1. .... zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
2. ....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km.  
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,  
.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,  
..... pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

### **Fizjoterapeuta**

.....,00 zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km oraz .....00 zł przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km

B: Kryteria: Jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość:

1. w zakresie ww kryteriów oświadczam, że:

- w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam .....letnie doświadczenie zawodowe,
- posiadam następujące kwalifikacje zawodowe ( niezbędne uprawnienia, wykształcenia, specjalizacje, dodatkowe uprawnienia, odbyte szkolenia zawodowe, ukończone kursy specjalistyczne).....  
.....  
.....  
.....

-w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym zakresie :

#### przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

- 1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

#### przeprowadzanie wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

- 1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.4.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.5.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

#### przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

- 1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,
- 1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu,

1.4.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie w uzgodnieniu z Kierownikiem Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

na okres od 01.02.2025r. do 31.01.2028r.;

na okres od.....do .....

inne warunki:.....

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

**Oświadczam, że:**

1/ świadczenia wykonywane będą w domu pacjenta, wymagającego stosowania wentylacji mechanicznej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,

**oraz że zapoznałem się z treścią**

1.ogłoszenia i przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,

2.Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),

3.projektu umowy (Załącznik nr 3 do SWKO),

**akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.**

W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

**WYRAŻAM ZGODE/ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

**Adres e-mail:**

i/lub

**FAX:** \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

Lista załączników do Oferty:

Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

.....  
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ  
OFERENTA POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

**Oświadczam, że:**

- nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
- nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

Podpis Oferenta

.....

## Załącznik nr 4

### **KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).

3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....  
(data i podpis)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

W celu właściwej realizacji obowiązku informacyjnego określonego w przepisach art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako „**RODO**”) wyjaśnia się co następuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, tel. 41 34-655-45 do 48, [czerwonagora@czerwonagora.pl](mailto:czerwonagora@czerwonagora.pl), fax. 41 346 55 67, NIP: 9591289964, REGON: 000296213
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych wyznaczonego przez Szpital to: **Wiesław Loch, e-mail: [iod@czerwonagora.pl](mailto:iod@czerwonagora.pl)**
3. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane w Szpitalu wyłącznie w celach dokumentowania postępowania konkursowego oraz realizacji umowy - w przypadku akceptacji złożonej oferty i podjęcia współpracy ze Szpitalem.
4. Pozyskane przez Szpital Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez Szpital przez czasokres wskazany w przepisach prawa. Przysługuje Panu / Pani prawo skierowania wobec Szpitala żądania: sprostowania danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uzna Pan / Pani, iż Szpital nie przetwarza danych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
5. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają przekazywaniu do państw trzecich, ani zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu).
6. W Szpitalu obowiązuje „Polityka realizacji praw i wolności osób, których dotyczą dane” dostępna u IOD, uwzględniająca m.in. przysługujące Pani/Panu, na zasadach określonych RODO, prawo: dostępu do treści swoich danych (art. 15 RODO), żądania sprostowania swoich danych (o ile są nieprawidłowe) oraz uzupełnienia niekompletnych danych (art. 16 RODO), usunięcia, ograniczenia przetwarzania tych danych, a także prawo wniesienia sprzeciwu, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w razie uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
  - 1) podmiotom przetwarzającym je na podstawie umów ze Szpitalem;
  - 2) organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa (np. sądom, instytucjom państwowym, itp.), gdy wystąpią z takim żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.
8. W Szpitalu wdrożono zasady wynikające z RODO, w szczególności dotyczące minimalizacji celu przetwarzania danych, zasady zgodności z prawem i wprowadzonymi na jego podstawie wewnętrznymi procedurami.
9. W przypadku konieczności uzyskania dodatkowych informacji na temat ochrony danych osobowych, udzieli ich Inspektor Ochrony Danych wskazany w ust. 2 powyżej.





**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (dalej jako: SWKO)  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH :**

Przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

**Podstawa prawna:** art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024. 799 tekst jednolity z późn. zm.)

**Termin składania ofert:** 28 styczeń 2025 roku do godziny 10.00

**Termin otwarcia ofert:** 28 styczeń 2025r. o godz. 12.00

**I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego ( kod CPV: 85140000-2 Różne usługi w dziedzinie zdrowia).**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się każdorazowo zgodnie z aktualnymi wytycznymi NFZ odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.
2. Zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszych SWKO.
3. Ostateczny kształt umowy zostanie odpowiednio dostosowany do formy prawnej działania Przyjmującego zamówienie.

**II.OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony: od 01.02.2025r. do 31.01.2028r.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju.
4. Świadczenia objęte niniejszym konkursem wykonywane będą w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie. Udzielający Zamówienia może zlecić Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem postępowania także na rzecz innych komórek organizacyjnych, jeżeli potrzeba taka wynikać będzie z przyczyn dotyczących zmian organizacyjnych Udzielającego Zamówienia, zmian w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych lub w sytuacjach nadzwyczajnych.

5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do jednostronnej modyfikacji postanowień umowy w zakresie dotyczącym spraw organizacyjnych, sposobu rozliczeń finansowych, zakresu sprawozdawczości oraz innych zmian w treści umowy w trakcie jej realizacji, jeżeli konieczność wprowadzenia zmian wynikać będzie z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Udzielający zamówienia może dokonywać zmiany umowy w przypadku zmiany powszechnie obowiązujących przepisów prawa ( np. prawo podatkowe, przepisy dot. ZUS itp.).

### III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTA:

1. **Oferentem** ( zwanym dalej Przyjmującym Zamówienie) może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: **lekarz** specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalista chorób płuc, **pielęgniarka** z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, lub w trakcie specjalizacji lub kursów: w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, **fizjoterapeuta** (dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w zawodzie fizjoterapeuty, prawo wykonywania zawodu)  
(dalej jako: **Przyjmujący zamówienie**).
2. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

### IV. WYMAGANE DOKUMENTY:

Oferta musi zawierać:

1. w przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
  - 1.1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub decyzję o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu leczniczego poświadczające, że Oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Udzielający Zamówienia dopuszcza dostarczenie wpisu z Centralnej Ewidencji Informacji Działalności Gospodarczej lub wyciąg z KRS. Z dokumentów powyższych musi wynikać, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictwa są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
  - 1.2. decyzję wojewody o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dotyczy zakładów opieki zdrowotnej.
2. w przypadku podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej:
  - 2.1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON oraz NIP,
  - 2.2. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, pielęgniarских wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych,

3. Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą oraz pomioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej- kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:

- dyplom potwierdzający kwalifikacje ukończenia studiów/ dyplom uzyskania tytułu zawodowego,
- prawo wykonywania zawodu,
- pozostałe dokumenty potwierdzające kwalifikacje, w tym dyplomy specjalizacji, kursy, szkolenia, itd ) .

4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności danych przekładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej ( dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska/ pielęgniarska .

- a. kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- b. potwierdzenie odbytych szkoleń bhp oraz posiadania aktualnych i wymaganych badań profilaktycznych ( zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku tzw. zdolność do pracy - możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- c. wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, zaparafowany projekt Umowy (załącznik nr 3),
- d. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i umowy i zaakceptowaniu projektu umowy w zakresie oferowanych świadczeń - załącznik nr 2.
- e. oświadczenie oferenta, który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji umowy – załącznik nr 4.

## V. KRYTERIA OCENY ZŁOŻONYCH OFERT:

Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami:

**wysokość wynagrodzenia** zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie **cena, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość.**

Cena – 60 pkt,

Jakość – 10 pkt,

Kompleksowość – 10 pkt,

Dostępność – 10 pkt,

Ciągłość – 10 pkt.

Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

Udzielający zamówienia może przyjąć ofertę w części.

Udzielający zamówienia może przyjąć ofertę w części.

Kryteria oceny:

**A - Wysokość wynagrodzenia (Cena)** Przyjmującego zamówienie, całkowity koszt uwzględniający kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi Oferent, rozumianego jako obliczona na zasadach poniżej wartość punktowa następujących wynagrodzeń (podanych w formularzu ofertowym stawek brutto):

Sposób obliczania liczby punktów (LP) dla najniższego wynagrodzenia (Ceny) - według poniższego wzoru:

$$\text{Wzrostnik A liczony ze wzoru: } \frac{\text{najniższa oferowana cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60 \% \times 100$$

W przypadku złożenia większej liczby ofert Udzielający zamówienia dokona wyboru ofert na podstawie ustalonego rankingu ofert (rozpoczynając od ofert z najwyższą liczbą punktów), do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

**Za kryterium (cena) uzyskać można maksymalnie do 60 punktów.**

**B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość):**

1. Oceniając **jakość i kompleksowość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:

1.1. **jakość**

poniżej 5 lat doświadczenia – **1 pkt.**

5-10 lat doświadczenia – **5 pkt.**

powyżej 10 lat doświadczenia – **10 pkt.**

1.2. **kompleksowość**

Pielęgniarka:

1.1. Pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **10 pkt.**

1.2. Pielęgniarka z z rocznym doświadczeniem zawodowym i w trackie specjalizacji lub kursu w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **5 pkt.**

Lekarz:

1.1. Lekarz lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii **10 pkt.**

1.2. Lekarz specjalista II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób płuc – **5 pkt.**

### Fizjoterapeuta:

1.1. Fizjoterapeuta z wykształceniem wyższym – **10 pkt.**

1.2. Fizjoterapeuta z wykształceniem średnim – **5 pkt.**

2. Oceniając **dostępność** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym zakresie:

#### przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem, - **10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

#### przeprowadzania wizyt pielęgniarских u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem, - **10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt pielęgniarских u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

#### przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,

1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, - **10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

3. Oceniając **ciągłość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za okres trwania umowy Przyjmującego zamówienie:

1. okres trwania umowy mniej niż 3 lata – **5 pkt**

2. okres trwania umowy 3 lata – **10 pkt**

**Za w/w 4 kryteria (jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość) uzyskać można maksymalnie do 40 punktów.**

**Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).**

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość,**

dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

#### **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń zdrowotnych, przy czym dopuszczalne jest złożenie oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych, oferent składa odrębny Formularz Ofertowy (Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO) dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, a także, w przypadku wymagania różnych specjalizacji, odrębne dokumenty potwierdzające uzyskanie tytułu specjalisty.
3. Oferta powinna być złożona w formie pisemnej, na Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO, wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, zgodnie z określonymi w niniejszym dokumencie warunkami. Treść oferty musi odpowiadać wymogom SWKO.
4. Wynagrodzenie powinno zostać zawarte w Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO, i wyrażone każdorazowo w złotych polskich brutto (PLN).
5. Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
6. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.
7. Wszelkie zmiany i poprawki w tekście oferty muszą być czytelne i parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
8. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent (niezależnie od wyniku niniejszego postępowania konkursowego).

#### **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, w zaklejonej kopercie w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do daty otwarcia ofert, należy złożyć do dnia 19.07.2024r. do godziny 10.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia lub przesłać na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (liczy się data doręczenia).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

„Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

Nie otwierać do dnia 28.01.2025r. do godziny 12.00”.

**Na kopercie należy umieścić dane identyfikacyjne Oferenta.**

**Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika do Oferty, złożenie w sposób niezgodny z wymaganiami, bądź w niewłaściwej formie np: podpisanie przez osobę nieuprawnioną spowoduje odrzucenie oferty.**

Celem dokonania zmian bądź poprawek, Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu i zachowania formy pisemnej.

Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór drogi pocztowej dostarczenia oferty następuje na ryzyko Oferenta (liczy się data wpływu do Udzielającego zamówienie – nie data nadania czy przekazania kurierowi itp.).

### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

Otwarcie ofert w konkursie: odbędzie się w dniu **28.01.2025r. o godz. 12.00.**

### **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

### **TRYB I ZAKRES PRAC KOMISJI KONKURSOWEJ**

Konkurs przeprowadza Komisja powołana zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Do chwili otwarcia ofert Udzielający Zamówienia przechowuje je w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół.

Prace Komisji odbywają się w części jawnej i w części zamkniętej. Oferenci mogą być obecni na części jawnej.

Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności w części jawnej:

- a) Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
- b) Otwiera koperty z ofertami;
- c) Ogłasza oferentom, które oferty spełniają warunki SWKO, a które zostały odrzucone.

Oferent może być obecny w części jawnej konkursu. Komisja konkursowa w części zamkniętej posiedzenia, bez udziału Oferentów, dokonuje następujących czynności:

- a) Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;
- b) Odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom SWKO;
- c) Przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
- d) Wybiera ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie.

## **ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU**

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego lub odwołanie konkursu, Komisja ogłasza o rozstrzygnięciu konkursu. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego następuje jego zakończenie.

1. Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność.
2. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala. Dyrektor Szpitala może odmówić zatwierdzenia wyników konkursu w przypadku stwierdzenia błędów postępowania konkursowego co skutkuje zakończeniem postępowania bez dokonania wyboru ofert.
4. Ogłoszenie wyników konkursu wywiesza się na tablicy ogłoszeń w terminie 2 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
5. Postępowanie konkursowe zostanie unieważnione, zgodnie z art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem żadnej oferty.
6. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej ze złożonych ofert / wybrać tylko niektóre oferty, jeżeli z pozostałych nie wynika możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub złożone oferty przekraczają możliwości sfinansowania przez Udzielającego zamówienia.

## **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Na mocy art. 154 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Oferent może złożyć umotywowane odwołanie do Udzielającego Zamówienia dotyczących rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia wyników.
2. Do chwili rozstrzygnięcia odwołania, Udzielający Zamówienia nie może zawrzeć umowy.
3. Odwołanie zostanie rozstrzygnięte najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia rozumianej jako dzień doręczenia Udzielającemu Zamówienia.
4. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania;
  - b) niedokonanie wyboru Oferenta;
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - d) odwołania niniejszego konkursu przez Udzielającego zamówienia.
5. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
6. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.



7. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl).
9. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
10. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia o wyniku postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

### ZAWARCIE UMOWY

- a) Zawarcie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, których dotyczy konkurs ofert, nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otwarcia ofert. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielanie przedmiotowego zamówienia.
- b) Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert prawidłowo złożonych.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE:

1. Udzielający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w całości lub w części bez podania przyczyny.
2. Osobą do kontaktu ze strony Udzielającego zamówienia jest: Katarzyna Resztak, Kierownik Działu Kadr, tel: (041) 34-655-45 w. 230 mail: [k.resztak@czerwonagora.pl](mailto:k.resztak@czerwonagora.pl)
3. Zapytania do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert można składać nie później niż na 3 dni przed terminem wyznaczonym na składanie ofert.
4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dokumencie oraz załącznikach do niego stosuje się odpowiednie przepisy prawa.

#### Załączniki:

1. Formularz ofertowy - Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie - Załącznik nr 2.
3. Wzór umowy - Załącznik nr 3 (projekt).
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – Załącznik nr 4
5. Wzór umowy powierzenia danych – Załącznik nr 5 (projekt)

**Dyrektor**

**DYREKTOR**  
Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego  
im. Św. Rafała w Górze  
**Youssef Gammal**

