Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2022

Wykaz świadczeń medycznych – Formularz cenowy

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ilości godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | II | III | IV | V |
| Lp. | Lekarz, specjalizacja | Ilość | Cena jednostkowa  w zł | (IIIxIV)  Wartość brutto  w zł |
| 1 | Lekarz specjalista | 1920 godzin świadczenia usług medycznych w dni powszednie |  |  |
| 2 | RAZEM | | |  |

Realizacja w terminie: 24 miesiące od zawarcia umowy.

Godziny pracy – w dni powszednie, max. 80 h w miesiącu.

Wymagania:

Wymagane doświadczenie w leczeniu urazów układu kostno – stawowego narządu ruchu oraz w wykonywaniu zabiegów rekonstrukcyjnych, ortopedycznych, w szczególności:

1. Endoprotezoplastyki stawu biodrowego (cementowej, bezcementowej).

2. Endoprotezoplastyki rewizyjnej stawów biodrowych.

3. Zabiegów korekcyjnych wady stopy.

4. Artrodezy w obrębie stawu skokowego i stopy.

5. Artroskopii stawu kolanowego, skokowego.

6. Zespolenia złamań w obrębie kończyn dolnych i miednicy.

7. Zabiegów rekonstrukcyjnych niestabilności stawu skokowego.

8. Usunięcia zespolenia.

Do zakresu obowiązków lekarza specjalisty należy m. in.:

Wykonywanie wszystkich procedur medycznych rozliczanych według jednolitych grup produktu: w grupie H – choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz w grupie A – choroby układu nerwowego i innych dozwolonych w ramach oddziałów urazowo-ortopedycznych określonych zgodnie z aktualnie obowiązującą treścią Zarządzenia Prezesa NFZ.

Do obowiązków przyjmującego zamówienie w szczególności należy:

1. Współpraca z Koordynatorem Odcinka w zakresie prawidłowego toku pracy pod względem medycznym, administracyjnym, organizacyjnym.

2. Zapewnienie pacjentom kompleksowej i ciągłej opieki medycznej.

3. Bieżące informowanie Koordynatora Odcinka o stanie zdrowia pacjentów przebywających na oddziale oraz innych istotnych sprawach związanych z działalnością oddziału.

4. Składanie ustnych raportów Koordynatorowi Odcinka lub jego zastępcy o stanie zdrowia pacjentów.

5. Wprowadzanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia i poprawy jakości pracy   
 w oddziale za zgodą Koordynatora Odcinka lub jego zastępcy.

6. Informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia.

7. Uzupełnianie bieżące historii choroby pacjentów oraz innej wymaganej dokumentacji.

8. Realizacja powierzonych zadań przez Koordynatora Odcinka.

9. Przekazywanie fachowej wiedzy młodszym kolegom.

10. Udział w odprawach i obchodach lekarskich.

11. Udział w prowadzeniu gospodarki krwi w oddziale oraz leków.

12. Współpraca z innym oddziałami, komórkami, działami.

13. Przestrzeganie zasad i realizację zadań wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

14. Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na rzecz pacjenta.

15. Wykonywanie innych poleceń nie objętych w zakresie, wydanych przez Koordynatora Odcinka w ramach zajmowanego stanowiska.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Zespół Sal Operacyjnych, Poradnia Urazowo-Ortopedyczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie.

Ilość osób:   
Zamawiający udzieli zamówienia 1 lekarzowi specjaliście w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2022

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………….............…. dnia ………………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej   
im. dr. Janusza Daaba

w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa Oferenta ……….

Siedziba Oferenta ……….

NIP Regon ……….

Tel. e-mail: ……….

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

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

**II. TERMIN REALIZACJI:**

Od daty zawarcia na okres 24 miesięcy.

**III. Rola w realizacji zadania:** ……………………………………………………………………………………………...

**IV. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/2/2022   
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę   
z ortopedii i traumatologii narządu ruchu za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

…........................................… (słownie) ….  
w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

**V. JAKOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba lat pracy lekarza  w oddziale ortopedycznym  w zakresie objętym przedmiotem zamówienia** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| do 10 lat włącznie |  |
| od 11 do 20 lat |  |
| powyżej 20 lat |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie powyżej 20 lat jako lekarz w oddziale ortopedycznym – 100 pkt.
* Doświadczenie od 11 do 20 lat jako lekarz w oddziale ortopedycznym – 50 pkt.
* Doświadczenie do 10 lat włącznie jako lekarz w oddziale ortopedycznym – 0 pkt.

**VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. |  |
| Posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 100 pkt
* Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 0 pkt

**VII. DOSTĘPNOŚĆ:**

Odległość siedziby Wykonawcy od Zamawiającego (w km) wynosi ……………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Siedziba Wykonawcy do 30 km od siedziby Zamawiającego Piekary Śląskie,  
   ul. Bytomska 62 –100 pkt
* Siedziba Wykonawcy powyżej 31 km od siedziby Zamawiającego Piekary Śląskie,   
   ul. Bytomska 62 – 0 pkt

**VIII. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Znajomość systemu HIS Mediqus** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** |
| Tak |  |
| Nie |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Znajomość obsługi HIS Mediqus –100 pkt
* Brak znajomości obsługi HIS Mediqus – 0 pkt

**IX.** Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne:

**Jedna osoba.**

**X. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

- Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Do dyspozycji: ………………………………………, jednakże zgodnie z harmonogramem w oddziale.

- Sposób przyjmowania zgłoszeń: …………………………………………………………………………………………...

- Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

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

**XI. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczamy, że zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowimy\*:

* mikroprzedsiębiorstwo,
* przedsiębiorstwo małe,
* przedsiębiorstwo średnie,
* przedsiębiorstwo duże.

\*zakreślić właściwe

Powyższe oświadczenie wynika z Zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.   
Ww. informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

a) Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób   
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

b) Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób   
 i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

c) Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, **które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 43 milionów EUR**.

d) **Duże** przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa nie ujęte powyżej, które **zatrudniają więcej niż 250 osób** i których **roczny obrót przekracza 50 milionów EUR** i/lub roczna suma bilansowa **przekracza 43 milionów EUR**.

*\*\* Pkt. III – XI należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów oferent przystępuje.*

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie