Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/16/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w liczbie godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Lekarz, specjalizacja | Liczba godzin | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1 | Lekarz specjalista z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu | ………………….. h**z max. 3280** godzin świadczenia usług medycznych w dni powszednie od godz. 7.25 do 15.00 |  |  |
| 2 | ………………….. h**z max. 1320** godzin świadczenia usług medycznych w postaci dyżurów lekarskich w dni robocze 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta)od godz. 7:25 do 7:25 dnia następnego (24h) |  |  |
|  | RAZEM |  |

Realizacja w terminie: od daty zawarcia umowy do dn. 31.05.2023 r.

Wymagania:

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

Do zakresu obowiązków lekarza specjalisty należy m. in.:

1. Repozycja i stabilizacja złamań w obrębie miednicy ze stabilizacją zewnętrzną.

2. Repozycja i stabilizacja złamań kości długich ze stabilizacją wewnętrzną (zespolenia
 śródszpikowe metodą wewnętrzną oraz zewnętrzną z użyciem stabilizatorów
 i opatrunków gipsowych).

3. Artroskopie stawu biodrowego, kolanowego, skokowego.

4. Endoprotezoplastyka stawów.

5. Zabiegi operacyjne w obrębie kręgosłupa.

6. Zabiegi naprawcze w zakresie uszkodzeń aparatu ścięgnisto – mięśniowo więzadłowego.

7. Zabiegi naprawcze w zakresie uszkodzonych nerwów obwodowych.

8. Artroskopie stawu barkowego i łokciowego.

9. Repozycje i stabilizacje złamań sposobem płytkowym na otwarto.

10. Drenaż klatki piersiowej, tracheostomia.

11. Wypełnianie dokumentacji medycznej.

12. Inne świadczenia w razie potrzeb.

13. Zaopatrywanie złamań w obrębie kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa.

14. Stabilizacja opatrunków gipsowych oraz opatrunków syntetycznych.

15. Zakładanie wyciągów szkieletowych w zakresie kończyn górnych i dolnych.

16. Zakładanie wyciągu Crutchfielda.

17. Zaopatrywanie ran powierzchniowych.

18. Reanimacja i resuscytacja.

19. Umiejętność odprowadzania zwichnięć stawów.

20. Zakładanie drenażu jamy opłucnowej klatki piersiowej.

21. Zaopatrzenie uszkodzeń struktur nerwowych i ścięgnistych.

22. Prowadzenie dokumentacji medycznej w systemie Mediqus.

23. Zakładanie historii choroby, wypisywanie kart wypisowych z Izby Przyjęć.

24. Wykonywanie i asystowanie przy zabiegach operacyjnych.

25. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach urazowo-ortopedycznych.

26. Leczenie i wprowadzanie środków zaradczych w przypadku wystąpienia zakażenia
 szpitalnego.

27. Określenie rozpoznania klinicznego zakażenia szpitalnego wg klasyfikacji ICD10.

28. Zgłaszanie zakażeń do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

29. Zgłaszanie chorób zakaźnych oraz zgonów z powodu chorób zakaźnych do Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz
 zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

30. Udział w zespołach jakości funkcjonujących w ramach Szpitala.

Do obowiązków Przyjmującego Zamówienie w szczególności należy:

* 1. 1. Współpraca z Lekarzem Kierującym Oddziałem i Koordynatorem Odcinka
	w zakresie prawidłowego toku pracy pod względem medycznym, administracyjnym, organizacyjnym.
	2. 2. Zapewnienie pacjentom kompleksowej i ciągłej opieki medycznej.
	3. 3. Stałe podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach wewnętrznych,
	jak i zewnętrznych.
	4. 4. Bieżące informowanie Lekarza Kierującego Oddziałem i Koordynatora Odcinka
	o stanie zdrowia pacjentów przebywających na oddziale / odcinkuoraz innych istotnych sprawach związanych z działalnością oddziału / odcinka.
	5. 5. Składanie ustnych raportów Lekarzowi Kierującemu Oddziałem, jego Zastępcy lub Koordynatorowi Odcinka o stanie zdrowia pacjentów.
	6. 6. Wprowadzanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia i poprawy jakości pracy
	w oddziale / odcinku za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcy lub Koordynatora Odcinka.
	7. 7. Informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia.
	8. 8. Uzupełnianie bieżące historii choroby pacjentów oraz innej wymaganej dokumentacji.
	9. 9. Realizacja powierzonych zadań przez Lekarza Kierującego Oddziałemi Koordynatora Odcinka.
	10. 10. Przekazywanie fachowej wiedzy młodszym kolegom.
	11. 11. Udział w odprawach i obchodach lekarskich.
	12. 12. Udział w prowadzeniu gospodarki krwi w oddziale oraz leków.
	13. 13. Współpraca z innymi oddziałami, komórkami, działami.
	14. 14. Przestrzeganie zasad i realizację zadań wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
	15. 15. Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na rzecz pacjenta.

Miejsce wykonywania świadczeń:

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

Liczba osób:
Zamawiający udzieli zamówienia minimum 3 lekarzom specjalistom 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/16/2022

……………………………………………

*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 umowy do dn. 31.05.2023 r.

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

**IV. Imienny wykaz osób biorących udział w realizacji zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia |
| 1. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**V. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/16/2022
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów
z ortopedii i traumatologii narządu ruchu za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1):

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

Cena (stawka) za godzinę świadczenia usługi wynosi **…………………….. zł brutto**(do porównania w kryterium nr 1 oceny ofert).

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.

**VI. JAKOŚĆ:**

**1. Podkryterium a:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba pełnych lat posiadania specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| poniżej 3 lat |  |
| od 3 do 10 lat |  |
| powyżej 10 lat |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium a:

* poniżej 3 lat – 0 pkt.
* od 3 do 10 lat – 10 pkt.
* 10 lub więcej lat – 15 pkt.

**2. Podkryterium b:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie w wykonywaniu zabiegów operacyjnych z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyrażone sumą liczby przeprowadzonych zabiegów operacyjnych jako operator i ½ liczby zabiegów jako asysta wynikająca z dostarczonego zaświadczenia.\*** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| doświaczenie poniżej 30 zabiegów |  |
| doświadczenie od 30 do 50 zabiegów |  |
| doświaczenie powyżej 50 zabiegów |  |

\* Zaświadczenie winno być dostarczone z podmiotu leczniczego posiadającego umowę
 o świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym to Oferent był zatrudniony w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, a okres poddany analizie obejmuje sumę liczby zabiegów ze wskazanych przez Oferenta 3 miesiącach tego okresu następujących po sobie.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium b:

* doświadczenie poniżej 30 zabiegów – 0 pkt.
* doświadczenie od 30 do 50 zabiegów – 10 pkt.
* doświadczenie powyżej 50 zabiegów – 20 pkt.

**VII. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 10 pkt.
* Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 0 pkt.

**VIII. DOSTĘPNOŚĆ:**

**1. Podkryterium a:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie w pracy na oddziałach przeznaczonych do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonymzakażeniem wirusem SARS-Cov-2 wyrażona złożonym wraz z ofertą zaświadczeniem z podmiotu leczniczego** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| złożone zaświadczenie w ofercie |  |
| brak zaświadczenia w ofercie |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium a:

* Złożone zaświadczenie w ofercie o doświadczeniu w pracy na oddziale przeznaczonym do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 – 10 pkt.
* Brak zaświadczenia w ofercie o doświadczeniu w pracy na oddziale przeznaczonym do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 – 0 pkt.

**2. Podkryterium b:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gotowość podjęcia dyżurów medycznych w podmiocie leczniczym wyrażona złożonym wraz z ofertą zaświadczeniem z dotychczas zatrudniającego podmiotu leczniczego posiadającego umowę z NFZ, potwierdzające, że Oferent podejmował dyżury medyczne w ostatnich 6 miesiącach** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| złożone zaświadczenie w ofercie |  |
| brak zaświadczenia w ofercie |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium b:

* złożone zaświadczenie w ofercie – 20 pkt.
* brak zaświadczenia w ofercie – 0 pkt.

**IX. CIĄGŁOŚĆ:**

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

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Znajomość obsługi HIS Mediqus – 5 pkt.
* Brak znajomości obsługi HIS Mediqus – 0 pkt.

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

 ……………………………………………..

**XI. 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:

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

……………………………………………………

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