Załącznik nr 1 ZM

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2023

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 godzinna okres 24 miesięcy | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1 | Lekarz specjalista z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu | ………………….. h**z max. 88 728** godzin świadczenia usług medycznych w dni powszednie od godz. 7.25 do 15.00 |  |  |
| 2 | ………………….. h**z max. 28 368** 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 dn. 01.06.2023 r. do dn. 31.05.2025 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. Wypełnianie dokumentacji medycznej.

11. Inne świadczenia w razie potrzeb.

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

13. Stabilizacja opatrunków gipsowych oraz opatrunków syntetycznych.

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

15. Zakładanie wyciągu Crutchfielda.

16. Zaopatrywanie ran powierzchniowych.

17. Reanimacja i resuscytacja.

18. Umiejętność odprowadzania zwichnięć stawów.

19. Zakładanie drenażu jamy opłucnowej klatki piersiowej.

20. Zaopatrzenie uszkodzeń struktur nerwowych i ścięgnistych.

21. Prowadzenie dokumentacji medycznej w systemie Mediqus.

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

23. Wykonywanie i asystowanie przy zabiegach operacyjnych.

24. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach urazowo-ortopedycznych.

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

26. Określenie rozpoznania klinicznego zakażenia szpitalnego wg klasyfikacji ICD10.

27. 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.

28. 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.

29. Udział w zespołach jakości funkcjonujących w ramach Szpitala.

Do obowiązków Przyjmującego Zamówienie w szczególności należy:

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

2. Zapewnienie pacjentom kompleksowej i ciągłej opieki medycznej.

3. Stałe podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach wewnętrznych,
 jak i zewnętrznych.

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. Składanie ustnych raportów Lekarzowi Kierującemu Oddziałem, jego Zastępcy lub Koordynatorowi Odcinka o stanie zdrowia pacjentów.

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. Informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia.

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

9. Realizacja powierzonych zadań przez Lekarza Kierującego Oddziałemi Koordynatora Odcinka.

10. Przekazywanie fachowej wiedzy młodszym kolegom.

11. Udział w odprawach i obchodach lekarskich.

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

13. Współpraca z innymi oddziałami, komórkami, działami.

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

15. Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na rzecz pacjenta.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Oddziały Rehabilitacji – 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 **26 lekarzom** specjalistom w zakresie ortopedii
i traumatologii narządu ruchu zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

Zamawiający dopuszcza możliwość zawarcia umów na mniejszą niż łączną liczbę godzin
z wybranymi Oferentami, z uwzględnieniem możliwości ekonomicznych Zamawiającego.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2 ZM

Znak sprawy: KJ.272/K/9/2023

……………………………………………

*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 dn. 01.06.2023 r. do dn. 31.05.2025 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/9/2023
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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe: liczba pełnych lat posiadania specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu** | **Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.** |
| 10 lat i więcej |  |
| od 5 do 9 lat |  |
| 4 lata lub mniej |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie 10 lat i więcej jako lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 100 pkt.
* Doświadczenie od 5 do 9 lat jako lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 50 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 0 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. – 100 pkt.
* Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 0 pkt.

**VIII. DOSTĘPNOŚĆ:**

Odległość siedziby Wykonawcy od Zamawiającego wynosi ……………………… km.

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.

**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 – 100 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