Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/11/2023

Wykaz świadczeń medycznych – Formularz cenowy

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę neurochirurga **w zakresie neurochirurgii** w liczbie godzin i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Lekarz, specjalizacja | Liczba godzinna okres 24 miesięcy | Cena jednostkowaw zł | Wartość brutto w zł |
| 1 | Lekarz specjalista neurochirurg – chirurgia w obrębie kręgosłupa. | ………………….. h**z max. 3840** godzin świadczenia usług medycznych w dni robocze od godz. 7.25 do 15.00 |  |  |
| 2 | ………………….. h**z max. 1728** 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) |  |  |
| 3 | ………………….. h**z max. 2880** godzin pozostawania w gotowości do świadczenia usług w postaci dyżurów lekarskich w dni robocze od godz. 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w dni wolne od pracy 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 kręgosłupa, kwalifikacji do danego sposobu leczenia pacjentów z izolowanymi urazami kręgosłupa jak i w przypadkach urazów wielomiejscowych i wielonarządowych, wykonywaniu zabiegów operacyjnych polegających na repozycji i stabilizacji złamań i zwichnięć kręgów, zarówno w części szyjnej, piersiowej
i lędźwiowo krzyżowej, z różnych dostępów operacyjnych z wykorzystaniem nowoczesnych technik operacyjnych, w tym dostępów i metod przezskórnych. Zakres umiejętności obejmuje również doświadczenie w wykonaniu rewizji kanału i rdzenia kręgowego, odbarczaniu struktur nerwowych, w tym rdzenia kręgowego we wszystkich odcinkach kręgosłupa. Nowotwory układu nerwowego (rdzenia kręgowego i kanału kręgowego oraz nerwów obwodowych) po urazach czaszkowo- mózgowych (krwiaki śródczaszkowe, płynotoki nosowe, wodogłowie pourazowe, plastyka kości czaszki), urazy kręgosłupa. Umiejętność wykonania przezskórnej wertebroplastyki i kyfoplastyki w przypadku złamań osteoporotycznych.

Zakres obowiązków lekarza specjalisty obejmuje m. in. :

1. Współpraca z lekarzem kierującym oddziałem w zakresie prawidłowego toku pracy pod względem medycznym, administracyjnym i 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 o stanie zdrowia pacjentów oraz procesie leczenia przebywających w oddziale oraz innych istotnych sprawach związanych
z działalnością oddziału.

5. Składanie ustnych raportów lekarzowi kierującemu oddziałem lub jego zastępcy o stanie zdrowia pacjentów.

6. Wprowadzanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia i poprawy jakości pracy
w oddziale za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub jego zastępcy.

7. Informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia.

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

9. Udział w odprawach i obchodach lekarskich.

10. Udział w prowadzeniu gospodarki krwi na oddziale oraz leków.

11. Współpraca z innym oddziałami, komórkami, działami.

12. Przestrzeganie zasad i realizacja zadań wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

13. Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na rzecz pacjenta.

14. Wprowadzenie nowych metod leczenia poprawiających jakość wykonywanych usług medycznych.

15. Wykonywanie innych poleceń nie objętych w zakresie, wydanych przez lekarza kierującego oddziałem w ramach zajmowanego stanowiska.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Oddział IV Urazowo – Ortopedyczny, Zespół Sal Operacyjnych, Poradnie Specjalistyczne,
Izba Przyjęć 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 z neurochirurgii zgodnie
z przyjętymi kryteriami oceny.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/11/2023

……………………………………………

*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/11/2023
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę
neurochirurga w zakresie neurochirurgii** za cenę łączną (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

…........................................… (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 lat pracy lekarza neurochirurga****w oddziale neurochirurgicznym****w zakresie objętym przedmiotem zamówienia** | **Należy postawić znak X** **w odpowiedniej rubryce.** |
| Minimum 5 lat |  |
| 4 lata lub mniej |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie min. 5 lat jako lekarz specjalista neurochirurg w oddziale neurochirurgicznym – 100 pkt.
* Doświadczenie 4 lata lub mniej jako lekarz specjalista neurochirurg w oddziale neurochirurgicznym – 0 pkt.

**VII. KOMPLEKSOWOŚĆ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Należy postawić znak X** **w odpowiedniej rubryce.** |
| Doświadczenie w mikrochirurgii rdzenia kręgowego |  |
| Brak doświadczenia w mikrochirurgii rdzenia kręgowego |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Doświadczenie w mikrochirurgii rdzenia kręgowego – 100 pkt.
* Brak doświadczenia w mikrochirurgii rdzenia kręgowego – 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 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.

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

 **Jedna osoba.**

**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