Załącznik nr 1

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2024

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy i wymagania:**

Przedmiotem zamówienia jest **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie   
dyżurów lekarskich i świadczeń odrębnie kontraktowanych w dziedzinie radiologii   
i diagnostyki obrazowej** w ilości i cenie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj świadczenia usługi | Liczba godzin dyżurowych/  sztuk opisów badań  TK / MR / USG na 24 m-ce | Cena jednostkowa  w zł / h  (pozycje 1, 2, 3)  /  Średnia cena jednostkowa  wynikająca  z Zał. 1.1, 1.2, 1.3 do SWK  w zł / opis  (pozycje 4, 5, 6) | Wartość brutto w zł / 24 m-ce |
| 1. | Świadczenie usług medycznych przez lekarza medycyny, specjalistę z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lub  ze specjalizacją II stopnia  z rentgenodiagnostyki w zakresie **dyżurów lekarskich.** | ………………. h  **z max. 2004 h**  w dni robocze  od godz. 14:00  do godz. 18:00 **\*** |  |  |
| 2 | ………………. h  **z max. 7014 h**  w dni robocze  od godz. 18:00  do godz. 8:00 dnia następnego**\*\*** |  |  |
| 3 | ………………. h  **z max. 5496 h** w dni świąteczne  od godz. 8:00  do godz. 8:00 dnia następnego **\*\*** |  |  |
| 4 | Świadczenie usług medycznych przez lekarza medycyny, specjalistę z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lub  ze specjalizacją II stopnia  z rentgenodiagnostyki w zakresie **świadczeń odrębnie kontraktowanych.** | …….… szt. opisów badań TK **z max. 16 533 szt.**  **opisów badań TK** (wynagrodzenie dodatkowe  za wykonywanie opisu badania z zakresu TK  (tomografii komputerowej) (z wyłączeniem badań densytometrycznych) **za badania wykonane w dni robocze od godz. 14:00  do godz. 18:00)** |  |  |
| 5 | …….… szt. opisów badań MR  **z max. 16 533 szt.**  **opisów badań MR**  (wynagrodzenie dodatkowe  za wykonywanie opisu badania z zakresu MR  (rezonansu magnetycznego) **za badania wykonane w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00)** |  |  |
| 6 | …….… szt. opisów badań USG **z max. 5 511 szt.**  **opisów badań USG**  (wynagrodzenie dodatkowe  za wykonywanie opisu badania z zakresu USG **za badania wykonane w dni robocze od godz. 14:00  do godz. 18:00**) |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |
| **Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń**  *(proszę obliczyć średnią arytmetyczną  do 0 miejsc po przecinku)* | | |  |  |

**Realizacja świadczeń:**

1. Realizacja w okresie od 01.03.2024 r. do 28.02.2026 r.

2. Realizacja ww. świadczeń będzie następowała w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00 i od godz. 18:00 do godz. 8:00 dnia następnego, a w dni świąteczne od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego.

3. Dniami roboczymi są dni od poniedziałku do piątku, natomiast przez dni świąteczne należy rozumieć soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy.

4. **Należy zaproponować liczbę godzin oraz liczbę badań do opisu w każdym z ww. zakresów.**

\* W trakcie dyżuru w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00 Oferent zobowiązuje się do wykonywania zakresu obowiązków opisanego **w punkcie I** **przez jednego lekarza specjalistę**, **za wyjątkiem wykonania opisów do badań Tomografii Komputerowej (TK)** (z wyłączeniem densytometrii), **Rezonansu Magnetycznego (MR) oraz badań ultrasonograficznych (USG)** **wykonanych w ramach umowy z NFZ na świadczenia odrębnie kontraktowane oraz płatnych wyłącznie w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00**, gdzie dopuszcza się udział dodatkowych specjalistów do opisywaniu ww. badań  **(opisy do ww. badań rozliczane niezależnie od godzin dyżurowych)**.

\*\* W trakcie dyżuru w dni robocze od godz. 18:00 do godz. 8:00 dnia następnego oraz w dni świąteczne od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego Oferent zobowiązuje się do wykonywania zakresu obowiązków opisanego **w punkcie II** **w całości przez jednego lekarza specjalistę.**

**Minimalna liczba osób udzielających świadczenie:**

5 osób zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

**Miejsce wykonywania świadczeń:**

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba   
w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie.

**Wymagania:**

1. 1. Lekarze o specjalizacji z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej lub II stopnia   
   z rentgenodiagnostyki.
2. 2. Udokumentowane posiadanie certyfikatu ukończenia kursu ochrony radiologicznej   
   pacjenta ORP.
3. 3. Dostępność przez 7 dni w tygodniu w godzinach określonych w powyższej tabeli.
4. 4. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie w trybie stacjonarnym w siedzibie   
   Zamawiającego.
5. Mile widziane doświadczenie w pracy z systemem informatycznym HIS Mediqus oraz PACS / RIS Alteris.

**I. Zakres obowiązków lekarza specjalisty na dyżurze w dni robocze od godz. 14:00   
 do godz. 18:00** (tabela, wiersz nr 1, kolumna nr 3) **obejmuje m. in.:**

1. Zabezpieczenie godzin dyżurowych przez jednego lekarza radiologa.

2. Wykonywanie / nadzorowanie w ramach dyżuru badań RTG, USG, TK, MR i innych,   
 wraz z opisem u pacjentów szpitalnych oraz Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznego zleconych w trybie pilnym w zakresie adekwatnym do stanu pacjenta.

3. Konsultacje radiologiczne w ramach dyżuru pacjentów szpitalnych oraz Izby Przyjęć   
 i Całodobowego Ambulatorium Ortopedycznego w trybie pilnym.

4. Wykonywanie / nadzorowanie w ramach dyżuru badań USG, TK, MR wykonanych   
 w ramach umowy z NFZ na świadczenia odrębnie kontraktowane oraz płatne.

5. Niezależnie od powyższego sporządzanie opisów do badań USG, TK (z wyłączeniem  
 densytometrii), MR i USG wykonywanych w ramach umowy z NFZ na świadczenia odrębnie finansowane oraz płatne w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00 (świadczenie odrębnie płatne wg cennika z załączników nr 1.1, 1.2, 1.3 do SWK).

Przy wykonywaniu opisów badań wymienionych w pkt. 5 zakresu obowiązków I  
 dopuszcza się udział większej liczby lekarzy radiologów w godzinach dyżurowych   
 w dni robocze, jednakże bez prawa do wynagrodzenia za godzinę pracy w ramach   
 dyżuru.

**II. Zakres obowiązków lekarza specjalisty na dyżurze w dni robocze od godz. 18:00   
 do godz. 8:00 dnia następnego** (tabela, wiersz nr 2, kolumna nr 3) **oraz w dni świąteczne od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego** (tabela, wiersz nr 3, kolumna nr 3) **obejmuje m. in.:**

1. Wykonywanie / nadzorowanie badań RTG, USG, TK, MR i innych **wraz z opisem**   
 u pacjentów szpitalnych oraz Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Urazowo- Ortopedycznego zleconych w trybie pilnym w zakresie adekwatnym do stanu pacjenta.

2. Konsultacje radiologiczne pacjentów szpitalnych oraz Izby Przyjęć i Całodobowego Ambulatorium Ortopedycznego w trybie pilnym.

……………………………………………………

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

Załącznik nr 2

Znak sprawy: KJ.272/K/2/2024

……………………………………………

*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:**

Realizacja w okresie od 01.03.2024 r. do 28.02.2026 r.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu **KJ.272/K/2/2024**  
na **zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie dyżurów lekarskich**    
**i świadczeń odrębnie kontraktowanych w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej**za cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

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

Cena 1 godziny świadczenia usług w dni robocze od godz. 14:00 do godz. 18:00 ……………… zł.

Cena 1 godziny świadczenia usług usług w dni robocze od godz. 18:00 do godz. 8:00 dnia następnego ……………… zł.

Cena 1 godziny świadczenia usług w dni świąteczne od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego ………………………… zł.

Uśredniona cena jednostkowa opisu do badania TK ………………………… zł.

Uśredniona cena jednostkowa opisu do badania MR ………………………… zł.

Uśredniona cena jednostkowa opisu do badania USG ………………………… zł.

**Uśredniona cena jednostkowa wszystkich ww. świadczeń ……………….. zł**

*(proszę przenieść obliczoną średnią arytmetyczną z tabeli z Zał. nr 1 do SWK)*

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty oraz uśredniona cena jednostkowa świadczonych usług 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.

**IV. JAKOŚĆ i KOMPLEKSOWOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Doświadczenie zawodowe –  ilość lat pracy  w zakresie  objętym przedmiotem zamówienia | Kwalifikacje zawodowe,  tytuł naukowy | Rola  w realizacji zamówienia | Doświadczenie w pracy  z systemem informatycznym\*  TAK / NIE | | |
| HIS Mediqus | PACS  Alteris | RIS  Alteris |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

\* Mile widziane doświadczenie w pracy z systemami informatycznymi HIS Mediqus   
 oraz PACS / RIS Alteris.

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne ………………… .

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

* Doświadczenie jako lekarz specjalista powyżej 10 lat – 100 pkt.
* Doświadczenie jako lekarz specjalista od 5 do 10 lat – 50 pkt.
* Doświadczenie jako lekarz specjalista poniżej 5 lat – 0 pkt.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* Powyżej 3 osób posiadających tytuł co najmniej dr n. med. (potwierdzone dokumentem) – 100 pkt.
* 1 – 2 osoby posiadające tytuł co najmniej dr n. med (potwierdzone dokumentem)  
   – 50 pkt.
* Brak osoby posiadającej tytuł co najmniej dr n. med. – 0 pkt.

**Brak dokumentu poświadczającego posiadany tytuł naukowy poskutkuje przyznaniem   
0 pkt.**

**V. DOSTĘPNOŚĆ:**

**Zamawiający wymaga dostępności 7 dni w tygodniu wg godzin określonych w załączniku   
nr 1 do SWK.**

**Weryfikacja dostępności:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych**  **od – do** | **Dostępność TAK / NIE** |
| Dni robocze | 14:00 – 8:00 dnia następnego |  |
| Sobota | 8:00 – 8:00 dnia następnego |  |
| Niedziela | 8:00 – 8:00 dnia następnego |  |
| Święta | 8:00 – 8:00 dnia następnego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Dostępność przez 7 dni  w tygodniu  TAK / NIE |
|
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| ... |  |  |
| ... |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

* Zapewnienie co najmniej 3 osób dostępnych 7 dni w tygodniu poświadczone dokumentem – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 3 osób dostępnych poświadczone dokumentem 7 dni   
  w tygodniu – 0 pkt.

**Zapewnienie o dostępności przez 7 dni w tygodniu musi zostać potwierdzone podpisaniem imiennego oświadczenia stanowiącego Załącznik nr 6 do SWK. Brak ww. oświadczenia poskutkuje przyznaniem 0 pkt.**

**VI. CIĄGŁOŚĆ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L. p. | Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia | Gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy  TAK / NIE |
|
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| ... |  |  |
| ... |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

* Zapewnienie co najmniej 3 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy poświadczone dokumentem – 100 pkt.
* Zapewnienie mniej niż 3 osób deklarujących gotowość do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy – 0 pkt.

**Zapewnienie o gotowości do podjęcia współpracy na cały okres obowiązywania umowy musi zostać potwierdzone podpisaniem imiennego oświadczenia stanowiącego Załącznik nr 7 do SWK. Brak ww. oświadczenia poskutkuje przyznaniem 0 pkt.**

**VII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……………………………………………………………..

Sposób świadczenia usług będzie ustalany w miesięcznych harmonogramach, jednak zgodnie z załącznikiem nr 1.

2. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

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

……………………………………………………

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