**SPECYFIKACJA**

**do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na** **świadczenia zdrowotne udzielane w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie**

##### OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. 2022.633 ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.
3. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych nie wcześniej niż od 01 października 2023 r.
4. Umowa zawarta będzie na okres 1 roku.

##### PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

* + 1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, pozostawanie w stanie gotowości do udzielania świadczeń, przyjazd na wezwanie w czasie gotowości do udzielania świadczeń w rodzaju: LECZENIE SZPITALNE, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ODDZIALE URAZOWO-ORTOPEDYCZNYM SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz w zakresie opieki okołozabiegowej pielęgniarki anestezjologicznej dla pacjentów pozostałych oddziałów Udzielającego Zamówienia zgodnie z uzgodnionym harmonogramem.
    2. od poniedziałku do piątku, w godzinach 7.30 – 15.00 lub dłużej oraz w godzinach 15.00 do 7.30 dnia następnego i od 7.30 – 7.30 następnego dnia w soboty, niedziele, święta oraz dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia (dyżur łączony w oddz. urazowo-ortopedycznym oraz okulistycznym).

(CPV 85121100-4 – Ogólne usługi lekarskie)

(CPV 85141200-1 – usługi świadczone przez pielęgniarki)

* + 1. Szacunkowa liczba świadczeń w okresie obowiązywania umowy 61 200 000 pkt
    2. Szacunkowa wartość całości zamówienia wynosi 23 940 000,00 zł

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia zdrowotne będą realizowane w siedzibie Udzielającego zamówienia (Kraków, ul. Kronikarza Galla 25), z wykorzystaniem jego aparatury i sprzętu, zgodnie ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi na temat udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne stosowanymi do umów z NFZ.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00 lub dłużej oraz od godz. 15.00 do 7.30 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego, według wykazu sporządzanego comiesięcznie przez lekarza Kierującego Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym do 25 dnia każdego miesiąca na następny miesiąc.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przez zespół składający się z:

3.1. lekarzy ortopedów udzielających świadczeń w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00 lub dłużej przez minimum 640 godzin miesięcznie, w tym nie mniej niż 480 godzin miesięcznie realizowane będzie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii;

3.2. lekarzy ortopedów udzielających świadczeń w dni powszednie od godz. 15.00 do 7.30 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego;

3.3. lekarzy anestezjologów – nie mniej niż 2 specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii udzielających świadczeń zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z lekarzem kierującym oddziałem AiIT tut. ZOZ. (szacunkowo 30 godz. tygodniowo).

3.4. pielęgniarki anestezjologiczne – nie mniej niż 2 pielęgniarki posiadające specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intesywnej opieki oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w OAiIT i stanowiskach anestezjologicznych w przeciągu ostatnich 5 lat, udzielające świadczeń zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z pielęgniarką oddziałową OAiIT tut. ZOZ;

3.5. pielęgniarki instrumentariuszki nie mnie niż 2 pielęgniarki posiadające specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy w zakresie instrumentowania w przeciągu ostatnich 5 lat udzielające świadczeń zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z pielęgniarką koordynującą Bloku Operacyjnego tut. ZOZ;

1. Stawka za świadczenia zdrowotne nie wyższa niż:
   * + - 1. **0,36 zł** za 1 punkt świadczenia z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń szpitalnych. Należność miesięczna wyliczana jest na podstawie świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym i poprawnie zweryfikowanych przez NFZ w zakresie produktu 03.4580.030.02, 03.4580.999.17 (rozliczanych w ramach ryczałtu PSZ), przy czym świadczenia rozliczane są do wysokości limitu określonego przez Udzielającego zamówienia – obecnie 900 000 pkt miesięcznie;
         2. **0,36 zł** za 1 punkt świadczenia z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń szpitalnych. Należność miesięczna wyliczana jest na podstawie świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym i poprawnie zweryfikowanych przez NFZ w zakresie produktu 03.4580.600.02;
         3. **0,43 zł** za 1 punkt świadczenia z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń szpitalnych. Należność miesięczna wyliczana jest na podstawie świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym i poprawnie zweryfikowanych przez NFZ w zakresie produktu 03.4580.991.02 przy czym świadczenia rozliczane są do wysokości limitu określonego przez Udzielającego zamówienia – obecnie 700 000 pkt miesięcznie;
         4. **0,45 zł** za 1 punkt świadczenia z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń szpitalnych. Należność miesięczna wyliczana jest na podstawie świadczeń zrealizowanych w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym i poprawnie zweryfikowanych przez NFZ w zakresie produktu 03.4580.930.02, 03.4580.998.02;
         5. **90,00 zł/1h** za świadczenia udzielane w dni powszednie od godz. 15.00 do 7.30 dnia następnego oraz soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy u Udzielającego zamówienia w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego**.**
         6. **31%** wartości hospitalizacji pacjentów zabiegowych nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (na podstawie indywidualnej kalkulacji zatwierdzonej przez Udzielającego zamówienia).

Limity określone przez Udzielającego zamówienia, o których mowa w punktach a) i c) mogą ulec zmianie w okresie trwania umowy w przypadku zmiany zasad rozliczeń z płatnikiem oraz w przypadku zmian organizacyjnych u Udzielającego Zamówienia. Informacja dotycząca zmiany wysokości limitu wymaga zachowania formy pisemnej (powiadomienia mogą być wysyłane za pośrednictwem poczty email, na adres Przyjmującego zamówienie wskazany w ofercie).

1. Do rozliczenia nie zalicza się świadczeń z katalogów grup stanowiących załączniki 1b i 1c do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń szpitalnych. Wyjątek stanowi Rozliczenie za zgodą płatnika. W przypadku rozliczania pacjenta powyższą grupą, do rozliczeń z Przyjmującym zamówienie stosuje się liczbę punktów, która wynika z grupy stanowiącej podstawę wyliczenia wniosku o rozliczenie indywidualne.
2. Termin płatności - do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej;
5. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
6. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
7. przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń lub jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
8. ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta
9. zawęzi zakres udzielania świadczeń;
10. nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
11. nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
12. nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
13. spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
14. przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
15. W przypadku zmiany warunków oferowanych przez NFZ lub w przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia;
16. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad postępowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, określonych w § 12 załącznika   
    do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. (Dz.U. 2015.1400)   
    w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
17. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
    1. **dla personelu określonego w pkt. III. 3. ust. 3.1. i 3.2.**
18. udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: badanie podmiotowe i przedmiotowe w celu ustalenia rozpoznania lub kontroli   
    i oceny stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i leczenie pacjentów szpitala;
19. udzielanie pomocy doraźnej w stanach nagłych, w tym reanimacji, przetaczanie płynów leczniczych i preparatów krwi;
20. konsultacje w Izbie Przyjęć i Pomocy Doraźnej wraz ze sporządzeniem niezbędnej dokumentacji medycznej pacjentów;
21. konsultacje w innych oddziałach Udzielającego zamówienia;
22. udzielanie porad i konsultacji osobom, których stan zdrowia tego wymaga,
23. udzielanie pacjentom lub osobom uprawnionym przystępnej informacji   
    o stanie zdrowia, ustalonym rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniach, prawach pacjenta, regulaminie Oddziału;
24. wybór właściwych badań dodatkowych;
25. ustalanie diagnozy i rozpoznań różnicowych;
26. kontrolowanie prawidłowości i terminowości wykonywania zleceń lekarskich przez średni i niższy personel;
27. informowanie kierującego oddziałem o stanie zdrowia pacjentów, wdrożonym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym;
28. każdorazowe zasięganie opinii kierującego oddziałem lub innego specjalisty w przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych (zmiana sposobu leczenia wyłącznie w przypadku gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji a porozumienie z kierującym oddziałem jest niemożliwe);
29. zapewnienie pacjentom wsparcia psychicznego w trudnych sytuacjach;
30. niezwłoczne informowanie kierującego oddziałem o nagłej śmierci pacjenta hospitalizowanego w Oddziale;
31. dbanie o prawidłową eksploatację sprzętu medycznego Udzielającego zamówienia;
32. rzetelne prowadzenie raportów z dyżurów lekarskich;
33. przedstawianie do zatwierdzenia harmonogramów udzielania świadczeń przez lekarzy ortopedów bezpośrednio lekarzowi kierującemu oddziałem urazowo-ortopedycznym Udzielającego Zamówienia do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny;
    1. **dla personelu określonego w pkt. III. 3. ust. 3.3.**
34. znieczulanie do zabiegów operacyjnych z zakresu ortopedii, zgodnie z planem operacyjnym przedstawionym przez lekarza Kierującego Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym,
35. znieczulanie do zabiegów operacyjnych z zakresu ortopedii również w trybie przyspieszonym i pilnym, na wezwanie lekarza Kierującego OAiIT,
36. udzielanie pomocy doraźnej w stanach nagłych, w tym reanimacji, przetaczanie płynów leczniczych i preparatów krwi w obrębie Bloku Operacyjnego,
37. kwalifikowanie do znieczulenia pacjentów oczekujących na zabieg operacyjny z zakresu ortopedii w Anestezjologicznym Punkcie Konsultacyjnym, zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez lekarza Kierującego OAiIT,
38. informowanie lekarza Kierującego Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym lub innego lekarza tego Oddziału o dyskwalifikacji pacjenta do znieczulenia, po każdym dniu konsultacyjnym,
39. udzielanie pacjentom lub osobom do tego uprawnionym przystępnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniach, prawach pacjenta,
40. wybór właściwych badań dodatkowych,
41. sprawowanie opieki okołooperacyjnej w obrębie Bloku Operacyjnego; konsultowanie znieczulanych pacjentów w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym na wezwanie lekarzy tego oddziału,
42. interpretacja i ocena wyników badań hist.-pat., pomocniczych i innych
43. kontrolowanie prawidłowości i terminowości wykonywania zleceń lekarskich przez dedykowany średni i niższy personel, w obrębie Bloku Operacyjnego,
44. każdorazowe zasięganie opinii kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub innego specjalisty w przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych,
45. niezwłoczne informowanie kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii o powikłaniach i zdarzeniach niepożądanych, mających miejsce przy udzielaniu świadczeń,
46. eksploatacja sprzętu medycznego Udzielającego Zamówienia zgodnie z instrukcjami przekazanymi na specjalistycznych szkoleniach,
47. przedstawianie do zatwierdzenia harmonogramów udzielania świadczeń przez lekarzy anestezjologów bezpośrednio lekarzowi kierującemu oddziałem Anestezjologii Intensywnej Terapii Udzielającego Zamówienia do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny;
    1. **dla personelu określonego w pkt. III. 3. ust. 3.4.**
48. bieżąca kontrola sprzętu niezbędnego do zabiegów operacyjnych;
49. bieżąca kontrola pakietów i zestawów poddawanych sterylizacji;
50. prawidłowe gospodarowanie lekami, w tym środkami psychotropowymi (rozchód), materiałami opatrunkowymi oraz sprzętem jednorazowego użytku
51. dbałość o powierzone mienie
52. przygotowanie i przekazanie sprzętu do sterylizacji
53. przygotowanie stanowiska pracy zgodnie z planem zabiegów na dany dzień;
54. korzystanie i użytkowanie sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z przeznaczeniem i z zaleceniami producenta zawartymi w instrukcji obsługi;
55. wykonywanie zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej i prowadzenie bieżącej dokumentacji komórki organizacyjnej;
56. udzielanie pomocy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, w każdym przypadku gdy zwłoka może spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
57. informowanie pacjenta o jego prawach;
58. przestrzeganie praw pacjentów;
59. wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny chorych;
60. obserwowanie stanu ogólnego i psychicznego pacjentów, ich reakcji na wykonywane zabiegi lub stosowane leki;
61. udzielanie świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (samodzielnie lub na pisemne zlecenie lekarza) zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi;
62. udział/asystowanie lekarzowi w wykonywaniu zabiegów i badań diagnostycznych;
63. czuwanie nad bezpieczeństwem chorych;
64. zapewnianie pacjentom wsparcia psychicznego w trudnych sytuacjach;
65. właściwe zabezpieczenie i przechowywanie leków (kontrola dat ich ważności) i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą;
66. poszukiwanie pomocy i kompetentnej konsultacji w sytuacjach, gdy działanie przekracza wiedzę i umiejętności;
67. systematyczne aktualizowanie wiedzy i podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
68. udział w szkoleniach organizowanych na terenie tut. ZOZ – u i poza nim;
69. wykonywanie innych zadań zleconych przez Pielęgniarkę Oddziałową;
70. opieka okołooperacyjna w obrębie Bloku Operacyjnego nad pacjentami pozostałych oddziałówUdzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi u Udzielającego zamówienia standardami i procedurami w tym zakresie, a także zgodnie z uzgodnionym harmonogramem. Informowanie pielęgniarki koordynującej Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii o planowanych zmianach w harmonogramie pracy.
71. przedstawianie do zatwierdzenia harmonogramów udzielania świadczeń przez pielęgniarki anestezjologiczne bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej Oddziału Anestezjologii Intensywnej Terapii Udzielającego Zamówienia do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny;
    1. **dla personelu określonego w pkt. III. 3. ust. 3.5.**
72. instrumentowanie przy ortopedycznych zabiegach operacyjnych wykonywanych w wieloprofilowym Bloku Operacyjnym;
73. układanie pacjenta na stole operacyjnym /wraz z członkami zespołu operacyjnego/ zgodnie z obowiązującymi standardami lub zaleceniami operatora;
74. bieżąca kontrola sprzętu niezbędnego do zabiegów operacyjnych;
75. bieżąca kontrola pakietów i zestawów poddawanych sterylizacji;
76. kontrola materiału operacyjnego oraz zestawów narzędzi przed i po każdym zabiegu operacyjnym;
77. przygotowanie stanowiska pracy zgodnie z planem zabiegów na dany dzień;
78. korzystanie i użytkowanie sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z przeznaczeniem i z zaleceniami producenta zawartymi w instrukcji obsługi;
79. udzielanie pomocy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, w każdym przypadku gdy zwłoka może spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
80. informowanie pacjenta o jego prawach;
81. przestrzeganie praw pacjentów;
82. wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny chorych;
83. obserwowanie stanu ogólnego i psychicznego pacjentów, ich reakcji na wykonywane zabiegi lub stosowane leki;
84. udział/asystowanie lekarzowi w wykonywaniu zabiegów i badań diagnostycznych;
85. czuwanie nad bezpieczeństwem chorych;
86. właściwe zabezpieczenie i przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą;
87. poszukiwanie pomocy i kompetentnej konsultacji w sytuacjach, gdy działanie przekracza wiedzę i umiejętności;
88. systematyczne aktualizowanie wiedzy i podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
89. udział w szkoleniach organizowanych na terenie tut. ZOZ – u i poza nim;
90. wykonywanie innych zadań zleconych przez Pielęgniarkę Koordynującą zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami,
91. przedstawianie do zatwierdzenia harmonogramów udzielania świadczeń przez pielęgniarki instrumentarziuszki bezpośrednio pielęgniarce koordynującej Blok Opercyjny Udzielającego Zamówienia do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny;
92. prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem MSWiA z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022 poz. 1957) oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia.
93. prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej po wejściu w życie stosownych przepisów;
94. prowadzenie list obecności personelu i przedstawianie ich Udzialającemu zamówienia po zakończeniu każdego miesiąca wraz z rachunkiem za wykonane świadczenia;
95. zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
96. przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta   
    i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, regulaminu organizacyjnego, procedur i standardów (w tym akredytacyjnych i ISO) obowiązujących u Udzielającego zamówienia;
97. posiadanie aktualnych badań lekarskich wydanych przez komórkę medycyny pracy oraz szkoleń BHP i p/poz. określonych odrębnymi przepisami w zakresie przedmiotu zamówienia;
98. posiadanie aktualnych zaświadczeń lekarskich o zdolności do pracy w promieniowaniu jonizującym oraz o odbytym szkoleniu z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta w przypadku udzielania świadczeń w Bloku Operacyjnym;
99. odbywanie przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych szkoleń w zakresie higieny rąk i resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO), nie rzadziej niż 1 raz w roku i dostarczenia dokumentu potwierdzającego ich odbycie udzielającemu zamówienia;
100. należyte i terminowe wykonywanie świadczeń oraz comiesięczne raportowanie wykonania umowy;
101. poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
102. zobowiązanie się do poddania kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy;
103. zobowiązanie się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy;
104. zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;

### WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

### A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczone za zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

|  |
| --- |
| Formularz ofertowy |
| Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją |
| Dokumenty stwierdzające wpis:  - do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  - do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego |
| Dyplomy lekarzy, pielęgniarek |
| Dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu lekarzy, pielęgniarek |
| Dyplomy potwierdzające specjalizację |
| Oświadczenie potwierdzające posiadanie wymaganego doświadczenia |
| Aktualne zaświadczenia o posiadanych uprawnieniach do przetaczania krwi dla personelu określonego w pkt. 3.4. |
| Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia w zakresie higieny rąk oraz RKO lub pisemne zobowiązanie oferenta o dostarczeniu w/w dokumentów do 31.10.2023 r. |
| Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy każdej zgłoszonej osoby |
| W przypadku pracy z promieniowaniem jonizującym (ramię „C”) zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy w promieniowaniu jonizującym |
| W przypadku pracy z promieniowaniem jonizującym zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta |
| Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej. |
| Informacje o oferencie |
| Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne |

Uwaga:   
1. Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

2. W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

3. W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.

* 1. POZOSTAŁE WARUNKI:

1. **Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.**
2. **Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 4 lekarzy ortopedów – o których mowa w pkt. 3.1. i 3.2., 2 lekarzy anestezjologów o których mowa w pkt. 3.3., 2 pielęgniarki instrumentariuszki, o których mowa w pkt 3.5., 2 pielęgniarki anestezjologiczne o których mowa w pkt. 3.4.;**
3. **Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych (3.1. i 3.2.) winni posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub być w trakcie specjalizacji z w/w dziedzin;**
4. **Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych (3.3.) winni posiadać tytuł specjalisty z zakresu anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty z zakresu anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.**
5. **Pielęgniarki (3.4) muszą posiadać specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intesywnej opieki oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w OAiIT i stanowiskach anestezjologicznych w przeciągu ostatnich 5 lat.**
6. **Instrumentariuszki muszą posiadać muszą posiadać specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy w Bloku Operacyjnym w przeciągu ostatnich 5 lat.**
7. **Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność   
   i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.**
8. **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przy realizacji umowy nie zatrudniać lekarzy Udzielającego zamówienia na podstawie umów zlecenia lub o dzieło.**
9. KRYTERIA OCENY OFERT.
   * + 1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełnijących warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:

*Cena ofertowa za świadczenia usług max.100 pkt*

**Cn**

**……………….. x 100**

**Co**

Gdzie:

**C1** oznacza najniższą zaoferowana sumę cen dla zakresu określonego w pkt. III.4a i III.4c

**Co** oznacza sumę cen zaproponowana w danej ofercie dla zakresu określonego w pkt. III.4a i III.4c

1. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecyduje liczba lekarz specjalistów w złożonej ofercie.

### MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

**SP ZOZ MSWiA w Krakowie**

**ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków**

**Konkurs ofert nr 25/2023**

**Nie otwierać przed 19 września 2023 r.**

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

1. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25   
   w Krakowie, do dnia 19 września 2023 r. do godz. 1000
2. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
3. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
4. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

### DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 19 września 2023 r. o godz. 11.00 w Dziale Stytystyki i Osługi Umów Medycznych (Budynek C, pok. 11 Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25. Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej w dniu   
   20 września 2023 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.
4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Zamawiający może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę :
7. złożoną po terminie ,
8. zawierającą nieprawdziwe informacje,
9. jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
10. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
11. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
12. jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną ,
13. jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego w postępowaniu konkursowym.
14. złożoną przez oferenta , z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.

9. Unieważnia się postępowanie gdy:

1. nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
2. odrzucono wszystkie oferty,
3. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń,
4. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. **POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.**
6. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
7. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba, że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
8. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
9. Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

#### Udzielający zamówienia

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku

z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/ osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

* + 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji   
       w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków,   
       NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
    2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: iod@zozmswiakrakow.pl, drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
    3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/ Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykłe – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, f;
    4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem   
       i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
    5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
    6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
    7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
    8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
    9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
    10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
    11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.*

**----------------------------------------------**

**(pieczęć adresowa firmy Oferenta)**

**FORMULARZ OFERTOWY**

* + 1. Nazwa i adres oferenta

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

* + 1. Data sporządzenia oferty:.......................................................................... ................
    2. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w Krakowie, proponuję cenę:

……………..zł za 1 punkt świadczeń określonych w pkt III.4a) specyfikacji

……………..zł za 1 punkt świadczeń określonych w pkt III.4c) specyfikacji

**Pozostałe stawki są obligatoryjne**

4. Wykaz załączników do oferty:

1. ………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………………….
7. ………………………………………………………………………………………….
8. ...........................................................................................................
9. ...........................................................................................................
10. ...........................................................................................................
11. ..............................................................................................................
12. .............................................................................................................

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Zamawiającego dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

Miejsce i data:..................................... (podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-----------------------------------------------**

**(pieczęć adresowa firmy Oferenta)**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

......................................................................................................................

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

......................................................................................................................

......................................................................................................................

......................................................................................................................

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO   wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne   w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE\* ?

Miejsce i data:..................................... (podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informacje o oferencie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. nr wpisu do KRS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta
3. Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Adres do korespondencji\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Kontaktowy numer telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nr fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsce i data:..................................... (podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne

**(wypełnia podmiot leczniczy)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Nr Prawa wykonywania zawodu** | **Specjalizacje** | **Uwagi** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.....................................................

data i podpis osoby upoważnionej